

10  
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

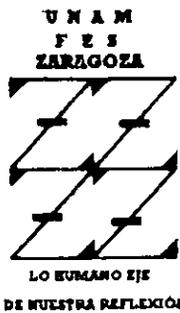
IDEAS IRRACIONALES DE UN GRUPO DE FUMADORES DE LA CLINICA DE TABAQUISMO DEL INER: ESTUDIO EXPLORATORIO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA POR PARTE DE ESTUDIOS SUPERIORES FLORES LOPEZ VERONICA GARCIA REYES LUCY



ASESORA: LIC. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO.



MEXICO, D. F.

OCTUBRE 1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

123867



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 está 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.

NADIE CONSIGUE ALCANZAR LA META EN UN SOLO SEGUNDO. SIN  
EMBARCO LA DIFERENCIA ENTRE GANAR O NO GANAR LA CARRERA  
DEPENDE MUCHAS VECES DE LA DECISION TOMADA EN UN SOLO  
INSTANTE.

TODOS LOS PROCESOS POR LARGOS QUE SEAN, COMIENZAN CON UNA  
ELECCION. POR ESO, UNO DE LOS REGALOS MAS VALIOSOS QUE DIOS  
NOS HA DADO ES LA CAPACIDAD DE ESCOGER.

*MARCOS VIDAL*

## **A DIOS**

El principio y el fin, el primero y el último

## **A México**

Por ser el lugar donde nacimos y donde se nos brindó la oportunidad de alcanzar esta meta.

## **A la Universidad**

Por contribuir de manera especial a nuestra formación.

## **A nuestra asesora y amiga**

Lic. María Enriqueta Figueroa por su apoyo, amistad y consejos que fueron más allá del ámbito académico.

## **A nuestros sinodales**

Maestra Patricia Palacios, Lic. Lidia Beltrán, Lic. Patricia Bañuelos y Lic. Félix Ramos por todo su tiempo, comentarios y ayuda que hicieron posible la culminación de este proyecto.

➤ **En memoria de mi abuelita Reyna Díaz Guerrero quien fue un ejemplo de valentía y amor muy grande**

➤ **A mis padres...**

Por darme la vida, amarme, apoyarme y confiar en mí incondicionalmente y por todas esas cosas que jamás podré pagar. Los amo.

➤ **A mis hermanas y cuñados...**

Flor y Marco, Dalia y Beto, Rosy y Gerardo, Ange y Edgar

Por estar ahí siempre, por sus consejos, preocupación y apoyo incondicional

➤ **A mis sobrinos...**

Arely, Jaaziel, Ezequiel, Pepe, Nelly, Salma y Valeria

Porque amarlos es un privilegio. Este trabajo es para ustedes por que el mejor ejemplo que puedo darles es el esfuerzo.

➤ **A mis amigos...**

Porque me han demostrado que todavía existe este sentimiento. Y como dijo Don Quijote a Sancho gracias a mis amigos por ser mis amigos.

➤ **A mi abuelito...**

Por haber sido una figura insustituible en mi desarrollo

➤ **A mis maestros...**

Por compartir conmigo no solo conocimientos. Y haber dejado una huella indeleble en mí

A todas aquellas personas que de una forma u otra han estado conmigo y me han mostrado su apoyo contribuyendo a hacer posible este firme deseo.

**VERONICA FLORES LOPEZ**

➤ En memoria de mis abuelos y mi tío Ramiro que desde donde estén compartan conmigo esta alegría.

➤ **A mis padres...**

Por darme la vida y haber hecho de mí lo que soy, gracias por transmitirme sus valores, principios y ejemplo. Me siento feliz por que sé que parte de sus ilusiones se han realizado.

➤ **A mi hijo...**

David Moisés

Eres el mayor regalo que Dios me ha dado, te dedico el logro de esta meta esperando que en un futuro te sirva de estímulo para emprender el camino hacia la superación.

➤ **A mi esposo ...**

Moisés L. León

Por su paciencia, confianza y amor. Por compartir conmigo el logro de mis anhelos.

➤ **A mis sobrinos...**

Erick y Fernandita

➤ **A mis hermanos...**

Gaby, Nancy, Benja y Edel

Por su cariño y porque son los mejores hermanos.

➤ **A mis tíos...**

Rubén y Carmen

Quienes han sido dos personas fundamentales en mi formación profesional y personal, porque el tiempo no será suficiente para compensarles todo lo que me han dado. Los quiero mucho

➤ **A la señora Celia Sánchez y al Doctor Pedro Antonio...**

por todo su apoyo

➤ **A mi amiga Vero...**

Por todo su apoyo y paciencia para la realización de este proyecto y por todas las vivencias que lo han acompañado

**LUCY GARCIA REYES**

<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
Introducción	
<b>CAPITULO I</b>	
Antecedentes de investigaciones sobre conductas adictivas.	1
<b>CAPITULO II</b>	
Tabaquismo	
2.1. Antecedentes históricos del tabaquismo	19
2.2. Descripción de los componentes químicos del tabaco	33
2.3. El tabaquismo como toxicómana	36
2.4. Enfermedades relacionadas con el tabaquismo	44
<b>CAPITULO III</b>	
La terapéutica del tabaquismo	
3.1. Algunos enfoques psicológicos sobre el tabaquismo	56
3.2. Métodos de intervención terapéuticos	63
<b>CAPITULO IV</b>	
El enfoque Cognitivo-Conductual	
4.1. Reseña histórica	89
4.2. La Terapia Racional Emotiva	96
4.3 Ideas Irracionales	114
4.4 Inventario de Ideas Irracionales	129
<b>CAPITULO V</b>	
Investigación	
5.1 Planteamiento del Problema	133
5.2 Objetivo General	133
5.3 Objetivos Particulares	133
5.4 Hipótesis del Trabajo	134
5.5. Variables	134
5.6 Método	134
<b>CAPITULO VI</b>	
Resultados	139
<b>CAPITULO VII</b>	
Discusión y Conclusiones	148
<b>Bibliografía</b>	157
<b>Anexo</b>	166
Inventario de Ideas Irracionales	

# IDEAS IRRACIONALES DE UN GRUPO DE FUMADORES DE LA CLINICA DE TABAQUISMO DEL INER: ESTUDIO EXPLORATORIO

Flores López Verónica y García Reyes Lucy

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"  
U . N . A . M .

Asesora: Lic. María Enriqueta Figueroa Rubio

## RESUMEN

Las adicciones en la actualidad podrían ser consideradas como la plaga del siglo XX, pues el número de adictos incrementa día a día acentuándose con ello diversos problemas sociales, económicos, físicos y psicológicos (Coleman, 1988).

Por otro lado el tabaquismo forma parte de las conductas adictivas con mayor aceptación social por lo que ha sido descuidado y no se ha visto con la importancia que demanda al ser el causante directo de altas tasas de morbilidad a nivel mundial (Campillo, 1988). Y sobre el cual no se tienen muchos datos sobre sus causas y posibles soluciones. Por esto se realizó esta investigación sobre el tabaquismo y su relación con las Ideas Irracionales, ya que de acuerdo con el enfoque cognitivo conductual y la Terapia Racional Emotiva el pensamiento guarda una relación directa con la conducta y las emociones. Además según Ellis, McInerney, Diguseppe y Yeager. (1992) los adictos, en general, se adhieren a un tipo particular de pensamiento relacionado sobre todo a patrones de baja tolerancia a la frustración.

Para estudiar este hecho se aplicó el inventario sobre Ideas Irracionales (Jones, 1968) a 50 sujetos fumadores inscritos al tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER. El diseño que se utilizó fue no experimental (X-Y) para comprobar si existe una relación entre el tabaquismo y las Ideas Irracionales. Siendo la variable independiente el tabaquismo y la dependiente la ideas Irracionales. El análisis de los resultados se llevó a cabo a través de la interpretación clínica del perfil grupal obtenido a través de las medianas. Los resultados indican que efectivamente este grupo de fumadores presenta un tipo particular de pensamientos irracionales y que el tabaquismo es empleado como regulador del enojo y la ansiedad.

El tabaco ha sido empleado de diversas formas a través de la historia, los antiguos pobladores de América lo utilizaban con propósitos ceremoniales y curativos; pero al ser llevada la planta de tabaco a Europa rápidamente se extendió su consumo a todo el mundo, y fue entonces cuando su uso se modificó convirtiéndose en una sustancia necesaria para provocar estados placenteros en el organismo, transformándose gradualmente en una droga de uso común y generalizado con una gran aceptación social (Rico y Ruiz, 1992).

De acuerdo con Rubio y Gutiérrez (1994) fue a partir de los años 40's con el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, el ingreso de las mujeres al ámbito laboral, el desarrollo vertiginoso de los medios masivos de comunicación y la conformación de consorcios internacionales de tabaco que se desarrolló el fenómeno llamado tabaquismo. Aunque ya entre los años 20's y 30's había llamado la atención el rápido aumento de las tasas de morbimortalidad mundial de cáncer pulmonar por lo que se comenzó a investigar sobre la posible relación entre este y el tabaquismo. Y según Rubio y Gutiérrez (1994) desde entonces varios estudios retrospectivos han reportado una asociación estadísticamente significativa.

Rubio y Gutiérrez (1994) hacen referencia de un estudio prospectivo realizado en 1951 por Doll y Hill en el que se encontró que los fumadores no solo tenían tasas elevadas por cáncer pulmonar, sino que su tasa de mortalidad en general era más elevada en comparación con los no fumadores. A partir de estos resultados se comenzó a investigar sobre la posible relación del tabaquismo con otras enfermedades como el cáncer de vejiga, accidentes cerebrovasculares, arteriosclerosis, gastritis, úlcera péptica, cáncer del tracto respiratorio, enfisema pulmonar, cáncer de la cavidad oral, bronquitis

crónica, problemas cardiovasculares, entre otros, encontrándose una estrecha relación entre estos padecimientos y el tabaquismo (Rubio y Fabián, 1995).

El tabaquismo en la actualidad es considerado como un problema de salud pública sumamente importante, en varios países dada la incidencia de padecimientos crónicos incapacitantes relacionados con la conducta de fumar. Los cuales además generan muertes prematuras, grandes pérdidas económicas por ausentismo laboral, gastos de atención médica y hospitalaria que comparados con los “beneficios económicos” que deja el cultivo e industrialización del tabaco son demasiado elevados; ya que los costos económicos tanto del tabaco como de otras sustancias de las que se abusa son muy altos en términos de atención sanitaria, ausentismo laboral y baja productividad y que según Coleman (1988), ascienden a más de 70 billones de dólares al año. Dando como resultado que los costos personales, sociales y económicos de los problemas derivados del tabaquismo son muy altos (Ball 1986).

Debido a la importancia social de este fenómeno diversas disciplinas sobre todo biomedicas y sociales han tratado de explicar este fenómeno desde su particular enfoque.

La psicología por su parte a partir de teorías particulares a tratado de explicar este problema; pero sus resultados no han logrado satisfacer ya que arrojan solo datos aislados que son difíciles de aplicar tanto al tratamiento como a la prevención; por ejemplo la investigación sobre los motivos de inicio y mantenimiento de esta conducta realizada por Russell (1974) solo tiene una aplicación cuantitativa o clasificatoria, ya

que en el tratamiento pocas veces se les retoma para dirigirlos hacia la meta que es el abandono de esta conducta.

Entre las teorías que han abordado este fenómeno se encuentra el psicoanálisis que lo explica a partir de la hipótesis del erotismo oral (Marcovitz, 1967; Berkman, 1980 y López, 1991), según la cual el sujeto fumador está fijado en la etapa oral del desarrollo psicosexual.

Desde el punto de vista conductual la conducta de fumar es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta-reforzador (Wolpe, 1981 y Yates, 1981).

Y otras corrientes psicológicas que lo han estudiado considerándolo como una conducta adictiva, pero no con la relevancia que el fenómeno tiene ya que se le ha considerado una adicción de poca importancia por la aceptación social que tiene hecho que hace difícil valorar al fenómeno en su verdadera magnitud ya que a nivel mundial es identificado como la causa previsible más importante de mortalidad en la sociedad moderna (Coleman, 1988).

De ahí la importancia de investigar este fenómeno, no solo para explicarlo sino para desarrollar formas más eficaces de atención a nivel primario (prevención) como secundario (tratamiento).

Dentro de los enfoques teóricos que se han ocupado de hacer investigación sobre adicciones, el enfoque cognitivo conductual ha sido reportado como uno de los más

utilizados y del que se obtienen buenos resultados. Este enfoque plantea fundamentalmente que la conducta humana no es el simple producto de las contingencias ambientales, sino que sin negar la influencia de estas afirma que los seres humanos pueden oponerse, disminuir o incrementar cognoscitivamente tales influencias, el ambiente controla al hombre al mismo tiempo que el hombre controla a su ambiente, y los procesos cognoscitivos tienen importancia causal en la conducta y las emociones (Meichenbam, 1977; Beck y Hollon, 1979; Ellis, 1980).

Dentro del enfoque cognitivo conductual se le da gran relevancia a los estilos de pensamiento, y de acuerdo con la Terapia Racional Emotiva de Ellis el pensamiento crea emoción, puesto que ambos procesos no están aislados sino por el contrario están estrechamente vinculados de tal forma que los estados de animo dependen en gran medida de las autoverbalizaciones.

El modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva plantea que los seres humanos tienden a pensar de forma irracional sobre los hechos de la vida, sobre los demás y sobre si mismos de donde se derivan frecuentemente las perturbaciones emocionales y conductuales, por lo que en su modalidad terapéutica Ellis plantea que al ser modificadas estas creencias se modifica la emoción y la conducta. Básicamente plantea 10 Ideas Irracionales relacionadas con las autoexigencias, perfeccionismo, hedonismo, determinismo del pasado, atribución externa/interna, entre otras (Ellis, 1980).

Estas mismas ideas son retomadas por Jones (1968) para crear un inventario que evalúa estas formas de pensamiento cuantificándolas en 10 subescalas separadas que permiten conocer el grado en que los sujetos se adhieren a cierta idea.

Al plantear que el pensamiento o las creencias son la base de las perturbaciones emocionales y conductuales, y al extrapolar este planteamiento a las conductas adictivas se encuentra entonces que existe una forma particular de pensamiento adictivo que se caracteriza por una filosofía de baja tolerancia a la frustración (Ellis, McInerney, Digiuseppe y Yeager, 1992) y que ha sido retomado en otras investigaciones como las de Lozaya (1984) y Olmedo (1984) en las que se ha trabajado principalmente sobre alcoholismo.

Por otro lado no se han investigado sobre la relación que guarda el tabaquismo y las Ideas Irracionales para tratar de dar una explicación aun más amplia sobre la génesis y terapéutica de esta adicción para establecer la posible relación que puede existir entre estos dos aspectos para abrir nuevas perspectivas sobre la investigación del tabaquismo

Con tal propósito en el primer capítulo se proporcionan algunos antecedentes sobre investigaciones llevadas a cabo en el área de las adicciones; así como algunas definiciones de droga y su clasificación; en el capítulo II se ofrecen los antecedentes históricos del tabaquismo, los componentes químicos del tabaco, por que el tabaquismo es una adicción y las enfermedades que están relacionadas con el tabaquismo; el capítulo III abarca algunos enfoques psicológicos que han trabajado sobre el tabaquismo y se hace mención de los métodos de intervención utilizados con mas frecuencia; en el capítulo IV se hace una reseña sobre el enfoque cognitivo conductual y principalmente sobre la Terapia Racional Emotiva, las Ideas Irracionales y el inventario que las evalúa, porque esta teoría sustenta los supuestos metodológicos de la investigación aquí planteada; finalmente se desarrollan los aspectos metodológicos de la investigación

(capitulo V), en el capitulo VI se exponen los resultados y por ultimo en el capitulo VII se dan a conocer la discusión y las conclusiones,

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS

En el presente y en todo el mundo el uso y abuso de drogas por parte de algunos sectores de la población, plantea un reto enorme ya que el riesgo epidémico es cada vez más evidente y amenazador por lo que son un motivo de preocupación no solo en el ámbito de la salud sino en todos los niveles puesto que este problema abarca aspectos tanto sociales, como económicos, políticos, familiares, etc. Y a pesar de los esfuerzos realizados durante las dos últimas décadas para tratar de darle una solución a este problema, han sido solo esfuerzos aislados y de sectores específicos, por lo que parece ser que actualmente en el mundo este fenómeno se incrementa sin encontrarse el porqué ni el cómo hacer para erradica

La sociedad actual arrastra una serie de circunstancias histórico-sociales en las cuales el fenómeno de las adicciones emerge como un acicate a la sociedad que pretende alcanzar un desarrollo económico y político olvidando y haciendo a un lado el verdadero valor del hombre que se involucra en un sistema que lo envuelve y le impide revalorarse y recontrarse (Fromm, 1987).

Se puede ser adicto a un sin fin de cosas, sustancias, relaciones. Por lo que resulta de suma importancia investigar, generar y proponer posibles soluciones para que en los

albores del siglo XXI este gran problema pueda ser visto desde una perspectiva diferente y se ser posible tener una solución.

De todas las adicciones que existen a la que se hace referencia es a la adicción a las sustancias o farmacodependencia y en particular a la adicción al tabaco.

Este tema de las adicciones ha sido abordado desde los más diversos puntos de vista, psicólogos, sociólogos, médicos, químicos han aportado sus conocimientos al servicio de la comunidad para ofrecer diferentes alternativas.

Haciendo una revisión sobre la manera en la que se ha investigado este problema de las adicciones a partir de 1981 a 1995 sobre todo en el ámbito psicológico se puede ver un incremento paulatino en cuanto al número de investigaciones realizadas.

En 1981 sólo se reportaron cuatro investigaciones las cuales se referían principalmente al alcoholismo y su relación con otras adicciones y enfermedades como la anorexia y la obesidad ("Psychological Abstracts", 1981). Krasnegor (1980) hace una investigación sobre los avances terapéuticos en el tratamiento del abuso de sustancias. Como por ejemplo, comer en exceso, abuso de drogas, alcohol y uso de cigarrillo; Con técnicas de condicionamiento aversivo que incluyen choques eléctricos, aversión química y sensibilización cubierta. El aprendizaje social ha sido utilizado como control de estímulo, manejo de contingencias, uso controlado e intervenciones multicomponentes. Los métodos de tratamiento y la investigación evaluativa se incrementan en sofisticación pero los problemas en la interpretación de cada investigación incluye la autoselección de los sujetos

a cada investigación. El condicionamiento adicional de la conducta de abuso de sustancias en un ambiente natural es necesario considerarlo para el avance en nuevas investigaciones en las cuales aparecen ya trabajos de prevención en el área escolar y se involucran los conceptos de depresión; así como el trabajo psicodinámico para el tratamiento de las adicciones (“Psychological Abstracts”, 1982). Singh (1981). Realizó una investigación analizando el mantenimiento de conductas de abuso de drogas en el adolescente en la que afirma que ésta conducta forma parte de otras formas de comportamiento humano que a la vez constituye un fenómeno complejo que es atribuible a varios factores, medioambientales, por ejemplo la influencia familiar considerada como la más peligrosa para el surgimiento de este tipo de conductas. En la investigación también se encontró que en las familias se llega a usar drogas.

En 1983 se realizaron cuatro investigaciones sobre adicciones (“Psychological Abstracts”, 1983), la primera hace referencia al desarrollo de adicción en hombres corredores, la segunda plantea el modelo fisiológico y bioquímico así como factores socioculturales en problemas de conducta social y el proceso adictivo. La tercera plantea la obesidad patológica como un problema de adicción y la cuarta trata el problema del alcoholismo en mujeres.

En 1984 solo una investigación sobre adicciones hace referencia al problema del tabaquismo abordándolo desde la perspectiva biomédica y conductual como una adicción (“Psychological Abstracts”, 1984). Además de esta investigación seis más tratan problemas sobre la obesidad, la adicción a los videojuegos y de tratamiento sobre todo de corte psicodinámico. Hatterer (1982) llevó a cabo una investigación enfocada a la

conceptualización del proceso adictivo basada en su experiencia con tratamiento, psicoanalítico. En el cual afirma que no ha sido encontrada una personalidad adictiva única, esto sugiere que la gente llega a ser adicta por factores constitucionales, etiológicos específicos que contribuyen a la vulnerabilidad al proceso adictivo, en el cual se involucra la psicodinamia común inter e intrapersonal. El proceso ha estado en la vida o en diferentes estudios del individuo, estos pueden ser periódicos o esporádicos. El individuo puede pasar de una adicción a otra siendo necesaria la comprensión de todos estos factores para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Rajamohan, Sivandam y Verghese (1982) hicieron una investigación sobre las características de personalidad de fumadores pesados (que fuman más de 20 cigarrillos al día), encontrando en ellos una gran necesidad de cambio, afiliación, deferencia y agresión a diferencia de los no fumadores que mostraron gran necesidad de autonomía y dominación.

Sedlacek (1983). Realizó una investigación sobre algunos factores físicos, psicológicos y sociales que predisponen a los niños a la adicción analizando el término de adicción intrapsíquica.

En el año de 1985 se exploran variables motivacionales en el tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, así como discusiones sobre el término adicción, problemas derivados del contacto con computadoras y la necesidad de incluir este problema como una adicción ("Psychological Abstracts", 1985). Rohsenow (1984).

Por su parte hace una crítica a G. R. León sobre la definición que éste utiliza para diferenciar las conductas adictivas de las no adictivas, planteando que esta no tiene soporte en el DSM III ya que la adicción no puede ser limitada al abuso de sustancias pues también tiene aplicación a patrones habituales de conducta.

Los Psychological Abstracts (1987) refieren que las investigaciones que se realizaron durante ese año fueron sobre temas como el síndrome de la personalidad adictiva en jugadores compulsivos, el proceso adictivo y el objeto transaccional, las adicciones sexuales, la automedicación como trastorno adictivo además del condicionamiento y los factores sociales en el tabaquismo. De esta forma Jacobs (1986) plantea la necesidad de tener una teoría general de la adicción usando al jugador compulsivo como prototipo, definiendo adicción como un estado dependiente adquirido a través del tiempo para reemplazar el estrés. El síndrome de la personalidad adictiva en éste modelo presenta dos factores predisponentes e interrelacionados uno es un estado psicológico anormal y por otro lado las experiencias infantiles productoras de sentimientos de inadecuación. Todas las adicciones son hipotetizadas para seguir un curso similar de tres estados: descubrimiento, resistencia al cambio, exhaustión. La teoría sugiere que es posible identificar el alto riesgo del joven y prevenir el desarrollo de adicciones.

Para 1988 el número de investigaciones iba en aumento se realizaban ya investigaciones sobre la conducta adictiva tipo A, el tratamiento del dolor crónico sobre un modelo de conductas adictivas relacionadas a factores dietéticos; la codependencia, adicción al amor, estrés y alcohol; características psicológicas como la extroversión, la impulsividad, empatía, psicoticismo y neuroticismo en mujeres con bulimia nerviosa; el dolor adictivo,

hábito y abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, personalidad y conductas adictivas, naturaleza de la adicción, psicodinamia del alcoholismo, la perspectiva religiosa en las adicciones así como la evaluación de la autoeficacia, predisposición de la abstinencia y mantenimiento de algunas conductas adictivas ("Psychological Abstracts", 1988). Por ejemplo Gainnetti (1987) llevó a cabo una investigación considerando la importancia de la dimensión religiosa en los aspectos etiológicos y el tratamiento, el rol adoptado en una perspectiva religiosa y como afecta psicológicamente en el manejo de una adicción.

En 1989 se investigó sobre el modelo adictivo de los desórdenes alimenticios, se analizó el concepto de adicción cubierta, factores motivacionales, familias adictivas, modelado e imitación, el modelo feminista del ataque sexual, hipnoanálisis, alcoholismo y la perspectiva sociológica sobre las adicciones ("Psychological Abstracts", 1989).

Para 1990 surgen investigaciones relacionadas con el estilo de vida, la seguridad, el monitoreo de la salud consumo de cafeína y el uso de drogas ilícitas así como el aprovechamiento de la motivación para dejar las adicciones, surgen también libros recomendados que contribuyen al estudio de la adicción e investigaciones sobre el abuso sexual infantil dentro del modelo adictivo, investigaciones sobre el concepto de codependencia, adicción, alcoholismo, el sistema familiar dentro del modelo de adicción racional, producción y consumo como modalidad adictiva tratamiento multifásico a clientes adictos sexuales y codependientes, percepción del nivel del dolor, uso y abuso de drogas prevención y tratamiento de adicción al amor. Razones para clasificar ciertas conductas como adictivas, las adicciones y problemas emocionales, el rol de la victimización sexual como conducta adictiva y diversas teorías sobre adicción y psicoterapia ("Psychological

Abstracts”, 1990). Hodgson y Grant (1989) hicieron una revisión bibliográfica sobre sustancias problemáticas, concluyendo que los expertos en estos temas invitan a consultar 2 o 3 libros esto para conocer y contribuir al estudio de las adicciones. Los libros fueron enlistados y seleccionados por ellos.

Boker y Brendon (1990) elaboraron una edición especial a través de los reportes de conductas adictivas, para la futura dirección de las investigaciones clínicas. Además examinan la utilidad e inutilidad de los reportes de investigaciones basados en adicciones y los usos típicos de los mismos. El autor sugiere poner especial cuidado en la interpretación del mismo reporte de datos y analizar tanto la validez como la fijación de los instrumentos así como la prueba de administración de datos de combinación.

En 1991 las investigaciones orbitaron hacia temas como desórdenes alimenticios, alcoholismo, nutrición, drogas ilícitas, motivación y problemas sexuales, adicción a video juegos, problemas para investigar sobre adicciones y teorías que pretenden incidir en esta problemática; ya que en el mundo el uso y abuso de drogas por parte de algunos sectores de la población plantea un gran reto ya que el riesgo de desarrollo epidémico es cada vez más evidente y amenazador (“Psychological Abstracts”, 1991). Walker (1989) hizo una investigación analizando la forma natural en la que influye el juego en las adicciones y cómo se puede establecer la descripción de este fenómeno y la marcada influencia del juego y cómo el concepto de adicción envuelve procesos psicológicos que no están presentes en los casos de jugadores excesivos. Varias teorías psicológicas de las adicciones son examinadas y explicadas.

Berridge (1990). Realizó una investigación haciendo un análisis de las conductas sociales y el estudio de las adicciones. Las asambleas, debates, actividades de las sociedades y los artículos publicados dan un panorama prismático a través del desarrollo de una teoría en perspectiva y tratamiento. El sistema de tratamiento incluye los aspectos de la funcionalidad del tratamiento impartido por la institución y las actividades del individuo hacia él mismo.

Digiuseppe y McInerney (1990) escribieron un artículo sobre los patrones de la adicción desde la perspectiva de la Terapia Racional Emotiva, en él describen cuatro patrones de la conducta adictiva y la posible relación entre eventos activadores, las ideas irracionales y las emociones para describir los patrones de conductas adictivas basados sobre componentes adictivos de baja tolerancia a la frustración que se relaciona a patrones adictivos y de escasa autoayuda; también presentan algunas estrategias clínicas para el tratamiento de cada patrón.

En 1992 se presentaron varios modelos para explicar las conductas adictivas como la de adaptación del predador en la que las conductas adictivas se presentan como impulsos incontrolables y autodestructivos, el modelo bioquímico, la perspectiva esotérica, el modelo de estados, el modelo de manufactura de significados y constructos, la ideología y tratamiento transaccional en varios modelos psicológicos y psicoanalíticos sobre conductas adictivas hacia las drogas, el alcohol, el sexo, las compras, a las relaciones, a la comida, a la televisión y al tabaco (“Psychological Abstracts”, 1992).

En el año de 1993 se presentaron trabajos sobre todo respecto al tratamiento de adicciones y codependencia en diferentes poblaciones como estudiantes, médicos, pacientes psiquiátricos, trabajadores, homosexuales y lesbianas (“Psychological Abstracts”, 1993). Y se presenta además un trabajo sobre adicción a la violencia como paradigma de análisis de la guerra y el movimiento de paz durante la Guerra del Golfo Pérsico. Schippers, Lammers y Schaap (1991) realizaron una investigación tomando en cuenta la colaboración de varios proyectos de conductas adictivas en el volumen de ellos presentan algunos trabajos. Esta contribución refiere tres temas la relación entre psicopatología, adicción y la evaluación del tratamiento psicológico no únicamente con alcohol y drogas también con formas disfuncionales de comer y patrones de tabaquismo. Para su estudio empleó varios tipos de población e instrumentos por ejemplo, un cuestionario para el comer en exceso, el conflicto del rol sexual y el alcoholismo en mujeres, el alcohol y la interacción marital y la evaluación de la terapia familiar con jóvenes adictos a las drogas, evaluación de las terapias para no fumar, el rol del alcohol en el fenómeno psicopatológico, adictos con sintomatología “borderline” o fronterizo y remisión espontánea de la adicción.

Según los Psychological Abstracts en 1994 las investigaciones realizadas fueron las siguientes: la perspectiva Adleriana sobre el modelo holístico de la adicción, aplicación del modelo transteórico y estados de cambio, modelos biopsicosociales de las dependencias, definición, diagnóstico y tratamiento de la adicción sexual; determinantes de cambio en el proceso de adicción, desarrollo y características de la adicción a las máquinas, adicciones múltiples, la naturaleza del amor: necesidad y adicción, las ciencias sociales en el desarrollo de un modelo ecológicamente orientado al uso y abuso de drogas, la perspectiva

ontológica sobre la controversia de la enfermedad adictiva, la masturbación y la pornografía como adicción y los constructos sociales de la adicción.

Y por último los trabajos realizados durante 1995 fueron la comorbilidad de la adicción y desórdenes de ansiedad, estados contraídos de la conciencia en el modelo de adicción, rol de trascendencia, desarrollo y análisis de la Escala de Creencias en la enfermedad vs el modelo libre de adicciones, etnicidad, aculturación y actitudes acerca de los modelos de adicción, perspectivas etiológicas, perspectiva junguiana sobre la adicción, el papel de la trascendencia de la meditación y la espiritualidad, adictos al amor, el modelo de cultura popular, psicodinamia de la conducta sexual adictiva y dinámica psicológico-terapéutica en las adicciones, entre otras ("Psychological Abstracts", 1995). Mariezcurrena (1994). Realizó una investigación en donde analizó los factores para la determinación de conductas adictivas y los modelos de recuperación natural de una adicción. Fuera del tratamiento son notorias las implicaciones de los estudios de la recuperación natural que son procesos alternativos aprovechados en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias.

McMurraan (1994) realizó una investigación relacionando la mala conducta y los desórdenes psicológicos a los procesos de la adicción poniendo especial interés en la iniciación, la dependencia, el cambio de la conducta y la prevención. El autor discute las estrategias para el tratamiento de éste tipo de conductas tratando de encontrar el origen que las propició el por qué y cómo de su surgimiento. Así mismo sugiere técnicas más efectivas como el autocontrol, técnicas de tratamiento práctico, entrenamiento en la recaída, prevención con atención especial prestando atención a los conceptos de negación

motivación y cambios. El autor concluye que más haya de la negación es importante analizar los factores biológicos de la adicción descritos totalmente en términos individuales.

Neuhaus (1993) examina el fenómeno de las conductas adictivas desde una perspectiva ontológica para ilustrar las posibilidades clínicas para un tratamiento efectivo partiendo desde la ciencia, el lenguaje cartesiano y newtoniano, la definición de enfermedad, y los paradigmas y estándares prácticos, reduccionismo, constructivismo, lenguaje, coordinación lingüístico social, la innovación histórica y el diseño.

Lewis (1994) llevó al cabo una investigación donde se estudió el proceso adictivo, conceptos y estrategias para un tratamiento adecuado, en donde cada seguimiento sirve para la generalización de los puntos de ayuda que van encaminados apropiadamente en dirección del tratamiento. El autor afirma que todas las adicciones tienen componentes biológicos psicológicos y sociales y que resulta sumamente difícil hablar de adicción y no adicción; ya que existe una ambivalencia enorme al relacionar los cambios y características de los procesos adictivos.

A través de esta revisión se puede notar la variedad de temas que han sido abordados dentro del campo de conductas adictivas, también se puede observar como el transcurso del tiempo los temas de investigación se han ampliado y han sido estudiados desde diferentes enfoques abriendo de esta manera nuevas rutas de investigación; pero es notorio que dentro de la clasificación de las adicciones el tabaquismo sigue siendo un tema aparte, tal vez por ser considerado como un hábito o costumbre socialmente aceptada, la cual no representa mayor peligro y sin embargo hoy en día se le puede considerar como la causa indirecta de

gran variedad de padecimientos que contribuyen a los índices de mortalidad y morbilidad a nivel mundial.

De tal manera que las adicciones son un motivo de preocupación no solo a nivel de la salud sino en todos los ámbitos que aborda debido a las graves consecuencias que el fenómeno presenta y a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos 20 años, y de que en nuestro país el consumo de drogas no ha alcanzado los niveles o proporciones que otros países del mundo; el número de adictos aumenta día a día por lo que el índice de sujetos dependientes a alguna sustancia y que demandan tratamiento son realmente alarmantes (Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), 1994).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Farmacodependencia es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (CONADIC, 1994).

Alarcón, Freixa y Soler (1981) plantean que este concepto de farmacodependencia es difícil de manejar en el aspecto semántico y cultural porque fármaco en nuestra cultura puede también identificar a sustancias con utilidad terapéutica.

La definición de la OMS plantea que las drogas tienen efectos a dos niveles uno psíquico y otro físico lo que deriva tanto en una dependencia psicológica como en una física.

Laurie (1987) define una droga como cualquier sustancia química que altera el estado de ánimo, la percepción o el conocimiento y de la que se abusa con aparente perjuicio para la sociedad. El adicto es un sujeto con ciertas características psicológicas determinadas que ha elegido este modo de enfrentarse a sus problemas por razones diversas que normalmente ignora. Una de estas razones y no la menos importante es su incorporación a un grupo social en el que el uso de la droga se practica y se valora.

El uso de sustancias con el fin de modificar la conciencia, el humor y la conducta ha sido una práctica común desde hace ya mucho tiempo pero que actualmente se constituye en un gran problema y una enorme preocupación por su tendencia creciente a convertirse en un problema de salud pública que ocasiona pérdida de la salud física, mental y social con el deterioro del individuo en su organismo, sus relaciones familiares, en su rendimiento escolar y/o laboral.

Las dificultades que se presentan para enfrentar este problema radican principalmente en la cantidad de factores que intervienen en este como son los individuales, los familiares, los sociales y los medio ambientales a los cuales se les considera como predisponentes o favorecedores de las adicciones (Wassmer, 1989).

Por lo cual se hace necesario que el abordaje de las adicciones se haga de manera integral en la que se involucre a la comunidad tanto en acciones preventivas, de detección oportuna, terapéutica y de rehabilitación.

Aunque las drogas difieren en su potencial adictivo y las circunstancias varían dependiendo de la legalidad, disponibilidad, método de uso de la droga y procesos particulares de susceptibilidad genética ; sin que la adaptación física y la dependencia con sus concomitantes cambios de personalidad son prácticamente los mismos (Wassner, 1989).

La escuela psicoanalítica aborda el problema de la adicción como función o defensa y como estado y estructura. La adicción como función o defensa depende en gran parte del grado de fragmentación del objeto interno así como la supeditación del yo a la idealización del objeto malo o a la malignidad que se derive de éste, los objetos parciales se organizan alrededor de un objeto transicional de estructura oral. En la adicción como estado o estructura la intensidad de la fragmentación lleva una organización narcicista esquizoparanoide de índole perversa, patológica y destructiva la cual intenta mantener la omnipotencia del objeto malo idealizado de sus antiguas estructuras infantiles. Una definición psicoanalítica sobre las adicciones explica que éstas son un mecanismo de defensa o automedicación ante sentimientos de frustración, desilusión, vergüenza, rabia, depresión y angustia (López, 1991).

Otras escuelas como la conductista explica el fenómeno de una manera un tanto más simple en el que intervienen variables medioambientales y fisiológicas en una relación estímulo –organismo-respuesta (Yates, 1981).

Las drogas pueden clasificarse de diferentes formas: por su uso, toxicidad, capacidad adictiva, daños a la salud, por su acción a nivel sistema nervioso central etc.

Según Laurie (1987) las drogas se clasifican en:

*OPIACEOS*: Estas sustancias son la heroína, la morfina, el opio y la cocaína; hay diversos fármacos que contienen estas drogas y que se denominan estupefacientes sintéticos (peptidina, fiseptona, pipadona etc. ).

*BARBITURICOS*: Aunque estas drogas tienen tanto poder adictivo como la heroína y son incluso más destructivas, no son consideradas tan peligrosas.

*ANFETAMINAS*: Admitiendo que es imposible evitar el uso de cualquier tipo de sustancias modificadoras de personalidad y del humor, las anfetaminas en dosis moderadas son probablemente tan dañinas como el alcohol, lo alarmante es que se consumen de éstas píldoras por docena que es un síntoma de un desorden de la personalidad.

*CANNABIS*: Según Laurie (1987) no hay razones para considerar el cannabis como una droga peligrosa, no crea toxicomanía, no produce en la sociedad ni delitos ni conductas sexuales inaceptables, y no lleva a la dependencia de otras drogas; pero estos datos se deben tomar con reserva.

*ALUCINOGENOS:* Estas drogas representan una problemática similar a la de las anfetaminas, aunque en una forma más aguda la facilidad con que puede fabricarse y ocultarse significa que suprimirlas es imposible, y la falta de madurez de los grupos que usan LSD no ofrece garantía de que la droga se use de una forma responsable.

Por otro lado Coleman (1988) en su clasificación divide las drogas en dos categorías:

**Duras:** En las que se incluyen drogas como heroína, cocaína, morfina y el LSD entre otras.

**Blandas:** En las que se incluyen todas las sustancias menos problemáticas como los tranquilizantes, benzodiacepínicas, alcohol y tabaco.

La clasificación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) busca tener como base un denominador común que es el efecto que produce sobre el sistema nervioso central (SNC) que en última instancia es lo que determina los cambios sobre la actividad mental, el estado emocional, y la conducta; también considera el principio activo y en algunos casos se incluye el nombre comercial (CONADIC, 1994).

Su clasificación es la siguiente:

Depresores los cuales se dividen en inhalables, alcohol, hipnóticos, sedantes y analgésicos estos a su vez se dividen en narcóticos y no narcóticos.

En cuanto a los estimulantes estos pueden ser aminas (simpaticomiméticas) y alucinógenos (psicoticomimético).

Los distorcionantes o psicotizantes son los antiparkinsonícos, antihistamínicos y anticolinérgicos (parasinpatolíticos).

Dentro de la categoría de los estimulantes se encuentran sustancias como: la cocaína, las anfetaminas, cafeína, nicotina entre otras, entre los depresores se encuentran sustancias como el dióxido de carbono y diferentes tipos de hidrocarburos como los solventes y entre los distorcionantes se encuentran la mezcalina, la marihuana y el ácido lisérgico (LSD).

Como se puede observar las clasificaciones acerca de las drogas resultan un tanto similares, pero lo que difiere sin lugar a duda es la opinión que hacen los diferentes actores respecto al grado de peligrosidad de cada una de las diferentes sustancias ya que lo que para unos resulta inofensivo para la salud, para otros es considerado muy perjudicial. De tal manera que quizá uno de los obstáculos con el que se tropieza a menudo en este terreno de las adicciones es precisamente la diversidad de visiones que se tienen al respecto.

En el caso del tabaquismo su abordaje resulta muy controversial debido a que con frecuencia es considerado como un hecho socialmente aceptado.

Sin embargo hay autores para quienes el tabaquismo es definitivamente una adicción y no hay ninguna duda de que es muy adictivo. Pues un adicto al tabaco puede presentar los

dos tipos de dependencia (física y psicológica) al igual que el síndrome de abstinencia, síntomas que se presentan en cualquier adicción. Aunque es lamentable que esta concepción se la última en reconocerse (Campillo, 1988).

Para el estudio del tabaquismo es necesario reconocer los interesantes trabajos de Tapia y García Sainz, ya que fueron los primeros en México que empezaron a asociar el tabaco a repercusiones importantes en la salud; aunque esto ocurrió después de 500 años que se empezó a utilizar el tabaco de manera habitual, esto muestra lo lento que resulta identificar ciertas adicciones o reconocer ciertos aspectos nocivos de ellas (Campillo, 1988).

Las conclusiones a las que se ha llegado según informes médicos en Estados Unidos son que los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas. Esto es muy importante mencionarlo, porque a pesar de que el tabaco y que concretamente la nicotina es adictiva, como en toda adicción, la vía de acceso y la forma de administración va a variar el tipo y el grado de adicción (Campillo, 1988). Es muy importante tratar de ver el fenómeno del tabaquismo desde su real perspectiva para alertar a la población del grave daño que esta conducta provoca para lo cual en el siguiente capítulo se hace referencia más amplia de este fenómeno desde sus antecedentes, el porque al tabaquismo se le considera una toxicomanía hasta las enfermedades que se han relacionado con esta conducta.

## CAPITULO II

### TABAQUISMO

#### 2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TABAQUISMO

El tabaco es una planta originaria de América, los antiguos pobladores del continente la utilizaban con propósitos ceremoniales y curativos en los cuales se invocaba a los dioses, por ejemplo los habitantes de la región del Caribe consideraban que las hojas del tabaco machacadas servían como antídoto, y en la parte central del continente se le consideraba como un remedio eficaz para el dolor de muelas, para los resfriados y los cólicos (Rico y Ruiz, 1992).

En la historia prehispánica se han encontrado diversos vestigios que muestran el uso y los rituales en los que esta planta estaba involucrada, según reseñan Rico y Ruiz, (1992) sobre el libro de Historia General y Natural de los Indios Gonzalo Fernández de Oviedo narra que los indios de la isla española tenían entre sus vicios uno muy malo que consistía en ahumar las hojas de tabaco para salir de sentido al aspirar el humo, y que esta actividad no solo era considerada como una costumbre sana, sino que además era una costumbre santa y apreciada.

Los indígenas de América tenían varias especies de tabaco que se diferenciaban por el tamaño de la planta y de las hojas, la figura de la flor y el color de las semillas. A la especie de menor tamaño y que se encontraba más comúnmente la llamaban Piciett y a la mayor la denominaban Guahyettl.

A continuación se brindan algunos ejemplos del empleo de esta planta en ritos y festividades religiosas reseñados por Rico y Ruiz (1992).

Entre los nahuas el uso de esta planta estaba ligado a las grandes festividades en las cuales se realizaba el brindis de tabaco, sobre todo cuando un pueblo invitaba a otro a liarse para emprender la guerra contra otro pueblo.

Mientras que entre los mayas el uso del tabaco debió de ser muy general; así lo muestra la piedra plana que se encuentra a la derecha de la entrada del Templo de la Cruz en Palenque, en la cual se puede apreciar una representación de un dios anciano que está fumando lo que parece ser un cigarro.

Thompson (1980) en su libro sobre la historia y religión de los mayas describe que al tabaco en polvo, equivalente al rapé, los indígenas de gran parte de Mesoamérica lo mezclaban con cal y los mayas establecidos al sur de un lugar llamado Atitlan guardaban en la boca una mascada de tabaco fuerte y pulverizado mezclado con un poco de cal para tener más fuerzas y calmar su sed.

Entre los sacerdotes del México antiguo el tabaco desempeñaba un papel muy importante ya que se le atribuían poderes mágicos y la capacidad de agradar a los dioses. Un ejemplo se encuentra en el hecho de que el primer tabaco que cosechaban los lacandones de Chiapas lo ofrecían ha sus deidades.

Los Tlaxcaltecas ofrendaban tabaco a Camaxtli, que es una variante regional de Mixcoatl dios de la casa, su ofrenda consistía en un conjunto de papeles recortados, espigas y tabaco. En la fiesta azteca del dios de la guerra, Huitzilopochtli, se quemaban manojos de tabaco siendo la ofrenda el humo que emanaba de los manojos y no el tabaco mismo; se dice que el Emperador Moctezuma estaba presente en esta festividad y después de comer junto con los señores de la clase dirigente y los comerciantes, acostumbraban conciliar el sueño con el humo de esta hierba (Soustelle, 1967).

La adivinación estaba relacionada con el tabaco y los dioses vinculados con este arte portaban grandes vasijas llenas de esta planta; sin embargo la función más frecuente del tabaco en la adivinación era la de provocar estados hipnóticos y se cree que la cal intensificaba los efectos del mismo en el individuo. Los mayas por ejemplo, se frotaban con una mezcla de saliva y tabaco para interrogar al espíritu de la pantorrilla; de acuerdo con esta creencia el espíritu mueve los músculos de la pantorrilla si la respuesta es afirmativa y no los mueve cuando es negativa. Los Tlaxcaltecas molían finamente el tabaco para predecir si un dios quería concederles sus peticiones.

Además de ser utilizada en ritos ceremoniales y religiosos la planta del tabaco se usaba con propósitos curativos y medicinales, pero no como cualquier planta, el tabaco para los indígenas era mucho más que eso, era un ser que sentía y del cual dependían mucho (Rico y Ruiz, 1992).

Para los mayas el tabaco era anhela término que se emplea para referirse a la dignidad de la lluvia y la montaña que es la protectora del género humano porque cuida de los cuerpos. Entre los nahuas al tabaco se le llamaba ciacoatl y lo consideraban como una planta misteriosa ya que quitaba el juicio haciendo desatinar a quien lo utilizaba (Rico y Ruiz, 1992).

Para los pueblos indígenas de América el tabaco era casi una panacea en la mayoría de los malestares internos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades en la piel, infecciones urinarias, mordeduras y piquetes de animales; además el tabaco en polvo mezclado con cal se utilizaba para aliviar el cansancio, el tono muscular el dolor de muelas y era de gran ayuda durante el parto. El valor medicinal del tabaco se puede apreciar en el hecho de que traer hojas de tabaco sobre la cabeza era distintivo de las mujeres que practicaban la medicina y de las comadronas; además, en la gran festividad de la diosa Toci estas mujeres ejecutaban unas escaramuzas con tabaco en su honor y todas ellas llevaban sujetas a la cintura tabaco, el cual se utilizaba además como talismán en el rito de la pubertad pues se creía que el humo servía como encantamiento para alejar el mal. Entre los mazatecos del norte de Oaxaca era una práctica común que el chaman frotara el antebrazo de las mujeres embarazadas con tabaco molido y cal un mes antes del parto para hacerla vulnerable a la brujería; en cambio los Chanatecas utilizaban el tabaco para alejar la brujería (Llanos, 1985).

En la región de Michoacán se encuentra que el tabaco era empleado en las fiestas ofrecidas al señor de Michoacán antes de una declaración de guerra, hecho que hace notar la importancia del tabaco tanto en las celebraciones religiosas como bélicas. La utilización

del tabaco en ritos en honor a Huitzilopochtli (dios azteca de la guerra) y la creencia de que el cuerpo de Cibacoatl (patrona de la guerra) estaba echo de tabaco son otras pruebas de que esta planta estaba estrechamente relacionada a las ideas bélicas de los pueblos prehispánicos.

Entre los objetos utilizados para fumar se encuentra el empleado por los hombres principales o caciques que consistía en unos palillos huecos del tamaño de un XEME (más pequeño que el dedo meñique) estos canutos tenían dos cañones en una pieza, estos se ponían en las narices, en uno se quemaba la hierba y por el otro se inhalaba el humo una o más veces hasta que quedaban sin sentido. Los indígenas comunes que no tenían a su alcance este instrumento por lo que tomaban el humo de tabaco en una cañuelas o cálamos de carrizo (Rico y Ruíz, 1992).

Los mayas hacían sus cigarros de una planta tuberosa llamada COCOM, la cual era cortada en tiritas angostas que se carbonizaban en una tapadera caliente, el material obtenido se pulverizaba y se guardaba en una calabaza; después se tomaban hojas de zapote cortadas a lo largo, cada hoja se enrollaba en unos bastoncitos de henequén después se cubría su superficie con una capa de pasta de cocom excepto en unos dos centímetros y medio en el extremo más delgado que se dejaba sin cubrir para que sirviera de boquilla. Después de secarse al sol se retiraba el palito y en su lugar se ponía el tabaco, se doblaba el extremo para que el contenido no se cayera y el cigarro quedaba listo

Se sabe también que entre los aztecas de la clase dirigente y los comerciantes una vez terminada la comida se distribuían en pipas cilíndricas de caña o barro cocido rellenas de

una mezcla de tabaco, carbón de leña y líquido ámbar con lo que se obtenía un cigarro grueso y aromático.

En resumen, el tabaco estuvo presentes en diferentes momentos de la vida de los pueblos prehispánicos mesoamericanos; la actitud del noble, el sacerdote y el miembro de la comunidad estaba llena de misticismo al personificar al tabaco como un aliado para vencer la fatiga o el dolor o para alejar a muchos de los males que les afectaban de lo que se desprende la gran importancia y el gran valor curativo otorgado al tabaco.

Los europeos por su parte solo conocieron el tabaco a partir de “el descubrimiento de América”; ya que no hay pruebas históricas ni científicas de que el tabaco fuera empleado por los habitantes de Europa en alguna de sus formas antes de que Cristóbal Colón regresara de su primer viaje.

Según los historiadores cuando Colón llegó a la Isla de San Salvador los indígenas Arawaks le ofrecieron unas hojas secas de tabaco en muestra de respeto y amistad, a los españoles debió asombrarles el hecho de ver a los indígenas absorber el humo de estas hojas, por lo que no se puede descartar la idea de que fue Colón quien llevó las hojas de tabaco a Europa antes del año 1500 (Rico y Ruiz, 1992).

Según Llanos (1985) las primeras semillas de tabaco fueron llevadas a España en 1510 por Francisco Hernández de Toledo y en 1518 Fray Romano Pane envió al rey Carlos V semillas de tabaco quien las mandó cultivar con esmero esperando encontrar sus propiedades curativas.

Poco a poco los españoles fueron conquistados por el tabaco a través del ambiente mágico que lo envolvía unido al placer que provocaba el fumarlo.

Los marineros y navegantes se encargaron de difundir en los otros continentes el cultivo del tabaco, hecho que probablemente se debió a que al fumar las travesías se hacían más llevaderas; ya que el tabaco adormecía los sentidos, aminoraba la fatiga y el cansancio además de que hacía más sencillo el trato con los nativos a través de la costumbre de fumar con la cual se sentían identificados. Solo que la necesidad de utilizar el tabaco se hacía cada vez más apremiante por lo que se tenía que llevar a todas partes plantas y semilla de tabaco para que no escaseara y siempre se tuviera a la mano.

Sin embargo el proceso de consolidación de la práctica de fumar tabaco en los diferentes ambientes sociales tuvo varios periodos de aceptación y rechazo. En España por ejemplo, por algún tiempo solo fumaban las personas de estrato social bajo mientras que las personas de la clase noble consideraban esta costumbre como vulgar.

Otro ejemplo lo comentan Jaffe, Petersen y Hodgson (1980) quienes relatan que en Inglaterra el rey Jacobo I prohibió el consumo de tabaco en público en 1604), además de que la iglesia reprobaba esta conducta considerándola como un pecado.

La popularidad del tabaco en Europa en ciertos periodos se debió principalmente a que era un hábito que recreaba y provocaba una sensación extraña semejante a la producida por

el alcohol; aunque también se llegó a emplear como medicamento esta función pasó a segundo término a diferencia del lugar que tenía entre los indígenas de América.

El primer experimento del que se tiene conocimiento fue dado a conocer por Jean Nicot embajador de Francia en la corte de Portugal quien tuvo conocimiento de que el hermano de su paje se curó de una úlcera que le molestaba con unas hojas de tabaco, la noticia de los resultados positivos que se obtuvieron en casos parecidos se extendió rápidamente por medio de Nicot y la corte de rey. De esta forma se comenzó a emplear de manera más frecuente el tabaco en diversos malestares y se llegó a afirmar que el polvo de las hojas al inhalarse era efectivo para quitar el dolor de cabeza y el asma. Nicot convencido de las propiedades curativas de ésta planta le envió a Catalina de Medicis, reina de Francia, sus semillas como obsequio para aliviarse de las jaquecas que ésta padecía. La fama que alcanzó el tabaco provocó que su uso se extendiera a los países vecinos como Bélgica y Alemania (Echeverría, 1988).

Según refiere Echeverría (1988) el naturalista sueco Carlos Linneo le puso a esta planta el nombre de *Nicotiana Tabacum* en honor de Jean Nicot por sus experimentos con ella.

Poco a poco el uso del tabaco como medicina fue disminuyendo mientras que el hábito de fumar se hacía más común y frecuente extendiéndose con gran rapidez a mayor número de personas en casi todos los países conocidos.

Según se cree fueron los navegantes italianos, que al estar más en contacto con los españoles fueron los primeros en propagar esta costumbre en su país y en los puertos del Mediterráneo; Por su parte los comerciantes portugueses e ingleses así como algunos

marineros holandeses a finales del siglo XVI lo llevaron a los Balcanes, Persia, India, Jaba, China, Japón y Africa; propagación que se debió principalmente a los nexos comerciales.

Echeverría (1988) menciona que se atribuye a Ralph Lane y John Hawkins su introducción a Inglaterra en 1565; aunque Sir Walter Raleigh y Francis Draque fueron las personas que popularizaron y propagaron la costumbre de fumar en Inglaterra.

En Londres la costumbre de fumar tenía tintes exóticos y amanerados, además de ser un hábito monopolizado por la clase alta. Esta costumbre se tomaba tan en serio que se llegó al grado de tomar clases para aprender el manejo de la pipa y de otras formas en las que se podía utilizar el tabaco como el rapé.

A pesar de las controvertidas opiniones el tabaco seguía extendiéndose entre los pueblos y a veces era mayor la demanda que la oferta por lo que el tabaco se llegó a vender a través del trueque o pagando su peso en plata.

La oposición que inició Jaime I fue continuada por distintos gobernantes desde Dinamarca a Japón, en Turquía, Persia y la India, se castigaba terriblemente a quienes se atrevían a desobedecer las órdenes reales que prohibían fumar. En Chica por ejemplo se prohibió fumar a través de varios decretos en 1638 se ordenó decapitar a los que traficaran con tabaco, en Rusia se deportaba a Siberia a los fumadores, en Austria, Hungría y los Países Bajos se presentaron periodos de oposición y libertad alternativamente hasta que se impuso el libre acceso al tabaco (Echeverría, 1988).

Para 1650 el uso del tabaco ya era generalizado en Europa y Asia a pesar de la oposición que en algún momento llegaron a presentar algunos gobernantes; la oposición religiosa no terminó sino hasta 1725 año en que Benedicto XIII revocó la prohibición impuesta por Inocencio X, en la que se castigaba con la excomunión al que se atrevía a utilizar el tabaco en cualquiera de sus formas en la Catedral de San Pedro. La oposición disminuyó y el mundo pudo consumir con entera libertad del tabaco olvidándose paulatinamente de sus propiedades medicinales y entregándose por entero al placer físico y emocional que provocaba su uso (Echeverría, 1988).

Desde 1600 los impuestos sobre el tabaco y la concesión de monopolios se consideraron como la base de la economía de casi todos los estados europeos. La concesión de monopolios despertó movimientos de oposición en las colonias de América; ya que las ganancias de estas recaían en unas cuantas manos extranjeras, en estos movimientos se afirmaba que el tabaco era un producto equiparable a los alimentos y que por lo tanto debía tener un precio razonable y no convertirse en un producto de lujo al que solo tendrían acceso unos cuantos grupos privilegiados. En España los controladores estaban respaldados por personas que tenían acceso al poder político y económico, que implementaban leyes que los favorecían y castigos fuertes para quienes infringían las leyes sobre los monopolios de tabaco (Echeverría, 1988).

En las colonias inglesas de Norte América los monopolios tabacaleros impulsaron el crecimiento económico, ya que a través de este producto se negociaba el intercambio de

mercancías, siendo la colonia de Virginia la que más se beneficiaba con la producción de tabaco, ya que en ésta colonia se producía la mayor parte del tabaco que se exportaba a Europa (Escayola, 1988).

Mientras tanto, antes de que se instauraran los monopolios, el cultivo de tabaco en la Nueva España llegó a ser un área productiva muy importante en el ramo de la agricultura; pero cuando se comenzaron a implantar los monopolios se comenzó a restringir de manera importante su comercio y su cultivo limitándose éste a las zonas de Orizaba y Córdoba viéndose en muchas ocasiones en la necesidad de importar tabaco sobre todo de Cuba.

Progresivamente los monopolios tabacaleros continuaron su crecimiento en tal forma que actualmente todavía se conservan varios de ellos.

Durante la instauración del consumo del tabaco, éste se utilizaba de diferentes formas alrededor del mundo. Por ejemplo en Francia se utilizaba principalmente en rapé este procedimiento consiste en moler las hojas secas de tabaco hasta convertir las en polvo para después aspirar este polvo con fuerza.

En España el tabaco se utilizaba más comúnmente como puro, esta costumbre fue adquirida posiblemente de la India y las Filipinas, propagándose posteriormente en Inglaterra, Italia y demás países europeos. El uso de la pipa tuvo un fuerte arraigo sobre todo en Inglaterra y en sus colonias en América donde se constituyó como una costumbre de las personas elegante.

El cigarro ya se manufacturaba en Francia desde 1843 pero solo hasta después de la guerra de Crimea de 1856 que adquirió auge, lo que condujo a la creación de una máquina que los elaborara en serie de manera rápida y casi perfecta, ya para el año de 1865 se había inventado la primera máquina para la fabricación de cigarros impulsando de esta manera su comercialización a gran escala y dando paso a la creación de emporios tabacaleros principalmente en Estados Unidos e Inglaterra (Echeverría 1988).

La primera guerra mundial dio a la utilización de los cigarros gran impulso y éxito convirtiendo al consumo de éstos en una necesidad, ya que los efectos de estimulación y relajación eran plenamente reconocidos.

Actualmente los principales países productores de tabaco son: China, Estados Unidos, México, Indonesia, Japón, Alemania, Turquía, Francia, Bélgica, Italia, Grecia, Hungría, Cuba, Puerto Rico, Filipinas, Brasil y Canadá. Hoy en día el cigarrillo es la forma más común de la presentación del tabaco, es una modalidad estilizada del puro, más delgado de apariencia delicada y fina su industrialización, su volumen de venta y el empleo de materias primas actualmente alcanza cifras elevadas sobre todo porque los elementos que caracterizan a los monopolios cigarreros es el control que ejercen sobre la tecnología de mercado y la publicidad (Llanos, 1985).

Hacia la década de los años 40's con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial, el ingreso de las mujeres al medio laboral, el desarrollo de los medios masivos de

comunicación y la conformación de consorcios internacionales, entre otras causas, se desencadenó el fenómeno denominado tabaquismo.

Aunque ya entre 1920 y 1930 había llamado la atención el rápido aumento de la tasa de morbilidad mundial de cáncer pulmonar por lo que se comenzó a investigar sobre la posible relación entre éste y el uso del tabaco. Y según Rubio y Gutiérrez (1994) desde entonces varios estudios retrospectivos han reportado una asociación estadísticamente significativa.

A partir de entonces el tabaquismo ha sido identificado como la causa previsible más importante de morbilidad en la sociedad moderna además de ser considerada como una adicción con un fuerte impacto social y económico en la población. Sobre todo porque la patología asociada con el hábito de fumar incrementa el ausentismo laboral y por ende se relaciona con una menor productividad además de que la presencia de una patología a edad temprana conlleva a una mayor utilización de servicios de salud y un incremento en los gastos de atención médica, lo que reduce el poder adquisitivo individual e incrementa el gasto social en general.

Conociéndose los efectos dañinos asociados a la conducta de fumar muchos países han tomado medidas para disminuir el consumo del mismo; Noruega, Suecia, Finlandia, Inglaterra y otros países europeos, Canadá y Estados Unidos en América han emprendido campañas en contra del tabaquismo y han promovido la creación de leyes para regular su consumo (Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA), 1992).

Este fenómeno ha provocado que las grandes Compañías Transnacionales, principalmente estadounidenses busquen ampliar sus ventas extendiéndose hacia países que no han emprendido campañas antitabáquicas decisivas, en donde se aprovechan y se crean nuevas condiciones que favorecen la producción y el consumo de cigarrillos elevándose de esta manera los niveles de tabaquismo en los países menos desarrollados con lo cual se obtienen cuantiosas ganancias.

El desarrollo de la industria cigarrera ha alcanzado un alto grado de concentración oligopólica del capital a nivel mundial y ha destinado grandes inversiones para controlar otras ramas de la economía, principalmente alimentarias, lo que ha influido para el rápido incremento del tabaquismo a nivel mundial acrecentándolo principalmente en los países en vías de desarrollo, por las características particulares que éstos poseen como su fuerte dependencia económica, científica y política de los países desarrollados (Echeverría, 1988).

En 1983 la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo aparecieran en los países en vías de desarrollo antes que las enfermedades transmisibles y la mala nutrición hayan sido erradicadas, lo que provocaría una desigualdad cada vez mayor entre los países ricos y pobres. Pronóstico que se ha cumplido en su totalidad y aún más rápido de lo previsto; ya que dos años más tarde la OMS declaró al hábito tabáquico como la causa de muerte más importante en el Brasil (CLACCTA, 1992).

de nitrógeno, amoníaco, nitrosaminas volátiles, cianuro de hidrogeno, compuestos volátiles azufrados, nitrilos, hidrocarburos volátiles, alcoholes, aldehídos, cetonas y además monóxido de carbono, nicotina y alquitrán (Chapa, 1992). Estos tres últimos son los componentes más conocidos y estudiados del cigarrillo por lo que resulta importante describirlos de manera más amplia para entender un poco el por qué de su relevancia.

**Alquitrán.-** Es el conjunto de partículas retenidas por el filtro después de extraerse la humedad y que se ha separado la nicotina, es una sustancia densa y color oscuro que consiste principalmente de hidrocarburos aromáticos policíclicos muchos de los cuales son cancerigenos declarados; tiene además otros elementos como iones metálicos y varios compuestos radiactivos.

**Nicotina.-** Es un alcaloide líquido en una base volátil incolora que se hace parta y toma el color del tabaco al ponerse en contacto con el aire es soluble en agua que se absorbe en un 90 % esta sustancia es la responsable de la adicción física y psicológica hacia el cigarro ya que tiene un doble efecto al actuar sobre el sistema nervioso central porque puede ser estimulante o sedante dependiendo de la cantidad que entre en la sangre y la forma de fumar ( a grandes cantidades es sedante y en cantidades menores es estimulante) actúa principalmente a los niveles cardiaco, vascular, pulmonar y cerebral.

**Monoxido de Carbono.-** Es un gas tóxico producido durante la combustión del cigarrillo en alta temperatura viaja por la sangre desplazando al oxigeno dificultando la adecuada oxigenación de la sangre.

Además de estos tres componentes a los cuales se les considera como muy importantes es necesario no dejar de lado a los otros componentes químicos del cigarro que pueden ser igual o más peligrosos para la salud como el amoniaco que quema los tejidos de la nariz y la garganta, el arsénico que envenena el organismo y otros gases calientes que destruyen los cilios que desempeñan una importante función en la limpieza del tracto respiratorio y los pulmones.

### *2.3 EL TABAQUISMO COMO TOXICOMANIA*

El término droga se refiere a cualquier sustancia química que pueda alterar el estado de animo, la percepción o el conocimiento y cuyo abuso trae consigo perjuicios para el individuo y la sociedad (Laurie, 1987).

No cabe duda entonces de que el tabaco forma parte de las drogas que provocan adicción, ya que las personas que fuman aprenden que a través de esta conducta regulan y ajustan los estados adaptativos normales del organismo por lo que se produce dependencia a las sustancias tanto física como psicológica.

La dependencia física es el estado de adaptación biológica que se manifiesta por transtornos fisiológicos que pueden ser intensos cuando se suspende bruscamente la ingesta de la droga, presentándose el síndrome de abstinencia o privación que se caracteriza por

una gran necesidad de consumir el tabaco, que se manifiesta a través de cambios electroencefalográficos, aumento de la tensión que provoca la caída de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, inquietud que se manifiesta por el aumento de la circulación periférica, irritabilidad y agresividad relacionadas con la disminución de la adrenalina, noradrenalina y cortisol urinario; depresión que puede manifestarse a través de trastornos del sueño, la disminución del estado de alerta incremento de peso, dificultad para la concentración, disminución en la capacidad para realizar tareas de vigilancia, manejo simulado, tareas de atención selectiva y de tareas de memoria, incremento en el apetito, cambios gastrointestinales y sudoración entre otros; la intensidad de estos síntomas varía de acuerdo con la persona y el nivel de su adicción (Rico y Ruíz, 1992)

La dependencia psicológica se refiere al uso compulsivo de una droga, que implica peligro para el individuo ya que al suprimir su consumo siente la necesidad de continuar consumiéndola, la dependencia psicológica es más difícil de eliminar ya que se asocia el fumar con situaciones gratificantes o relajantes como sería una reunión con amigos, un momento de descanso durante el trabajo o tomarse una tasa de café además de creer que el fumar proporciona ciertos atributos como sensualidad, intelectualidad, etc., dándole a esta conducta un valor simbólico que hace mucho más difícil la eliminación de esta dependencia.

Desde el punto de vista conductual el fumar es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador. En el caso de la conducta de fumar cada inhalación al cigarrillo representa un reforzador, si se toma en cuenta la cantidad de fumadas por cigarro, 10 aproximadamente, y la cantidad de cigarrillos

por día, se tiene entonces una cantidad enorme de reforzadores siendo entonces el fumar una conducta altamente reforzante (Wolpe, 1981; Yates, 1981; INER, 1988).

En esta conducta el reforzador se obtiene de manera inmediata con cada inhalación y los efectos negativos son imperceptibles y que a corto plazo pueden ser remotos y por lo tanto difícilmente se toman en cuenta.

Además de los factores psicológicos antes mencionados, el efecto farmacológico de la nicotina es en sí mismo un reforzador ya que puede actuar como estimulante o sedante de acuerdo con la dosis y el sitio de acción.

Según diversos estudios realizados existe una dosis óptima de nicotina para cada fumador, es decir, se rechaza el exceso y se desea más si se recibe poca (Benowitz, 1986). De tal forma que los cigarrillos que se anuncian con “menos nicotina y alquitrán” no sirven de mucho para reducir el daño que provoca el cigarrillo ya que la gente tiende a fumar más para completar su dosis de nicotina.

La explicación conductual es generalmente aceptada, aunque no por esto deje de ser un tanto simplista al reducir esta conducta a una secuencia estímulo-respuesta, siendo necesario tomar en cuenta los factores cognitivos y emocionales que intervienen en ella.

La conducta de fumar se adquiere antes de los veinte años de edad, aunque no se ha podido determinar con exactitud cuáles son los factores sociales y psicológicos que

influyen este fenómeno se puede señalar que posiblemente influyan las características propias de esta etapa, que es considerada como una de las más críticas en el desarrollo del hombre siendo un periodo de múltiples conflictos, necesidades y cambios. El autoconcepto y la personalidad del adolescente se ven fuertemente afectados por los rápidos cambios corporales, las demandas del medio pueden no corresponder a sus expectativas surgiendo como resultado una serie de conflictos con los demás y consigo mismo; busca entrar al mundo adulto con sus privilegios pero sin asumir por completo las responsabilidades conservando las ventajas que le ofrecía la etapa anterior, busca consolidarse, dirigirse hacia sus propias metas y de esta manera encontrar su identidad, conquista nuevos objetivos, y encontrar nuevas relaciones (Papalia y Olds, 1990).

La crisis de esta etapa que constituye un hecho inevitable tiene más o menos virulencia según el ambiente que rodea al adolescente, la educación recibida y la concientización adquirida a través de la experiencia. Es una tarea difícil, lenta y arriesgada que cada individuo lleva a cabo según el bagaje de experiencias anteriores y con contenido que haya podido acumular de imágenes buenas y gratificantes o malas y frustrantes, con ellas está obligado a realizarse como todo desde un punto de vista de su diferenciación sexual y de su individualización social.

La cultura occidental presenta por otra parte unos rasgos específicos que dan un matiz nuevo al asunto del consumo de tabaco, conviene destacar que la juventud es el grupo más vulnerable y que fuma en mayor proporción. El condicionamiento social juega un papel importante en el consumo, primero se presenta una situación que lleva a probar el cigarro como la curiosidad, la rebelión contra los padres u otras autoridades, la imitación la

presión del grupo, el aburrimiento y la esperanza de recibir algún placer pueden ser algunos de los factores que motiven a probar el cigarro.

Estas características son fuertemente explotadas por las compañías tabacaleras que crean hábilmente mensajes que envuelven a los jóvenes y los conducen a consumir sus productos con lo que obtienen grandes ganancias.

Según se ha clasificado a través de encuestas realizadas (Rubio y Gutiérrez 1994) durante este periodo son varios los factores que inducen a fumar:

Curiosidad.- Muchos adolescentes comienzan a fumar por el deseo de experimentar sensaciones nuevas, disfrutar aventuras y entrar a un mundo diferente. Aventurarse a probar un cigarrillo puede ir acompañado de un temor inicial, ya que opiniones escuchadas de los adultos crean cierta prevención ante los peligros que implica fumar; pero la curiosidad es aún más fuerte.

Rebeldía.- Puede decirse que el adolescente vive en un clima de rechazo al no concedércele las oportunidades que él busca en su aspiración de autonomía, en consecuencia reacciona violentamente contra los padres y las autoridades. Este mecanismo es muy importante ya que muchos jóvenes utilizan el fumar para demostrar su inconformidad ante las reglas y normas sociales.

Aceptación Social.- Todos los seres humanos tienen la necesidad de ser aceptados, de pertenecer e identificarse con alguien más; necesidades que en su mayoría son cubiertas

al formar parte de un grupo social. El adolescente puede sentir que su familia ya no satisface por completo sus expectativas, entonces comienza a integrarse a un grupo que satisfaga sus nuevas necesidades, que reúna ciertas características y comparta sus inquietudes e ideales; por esto la mayoría de las veces los primeros contactos con el cigarrillo se realizan a través de los amigos que lo consumen, si el joven llegará a rechazar la invitación a fumar su actitud sería considerada como una falta a las reglas que el grupo ha establecido.

Anticipación a la edad adulta.- El hecho de iniciarse en el hábito tabáquico produce en el adolescente un sentimiento de pertenencia al mundo de los adultos. A través de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, revistas, etc.) la información que se transmite muestra que los individuos que fuman son personas adultas con personalidad y atractivo físico o que proporcionan cierta imagen de adultez.

Imitación.- Los niños y los adolescentes obtienen una gran cantidad de información y además aprenden conductas a través de la imitación, el ejemplo de los padres, maestros, hermanos o cualquier otra persona por la que se sienta admiración influye en la decisión del adolescente por comenzar a fumar; ya que se reproducen las actividades del modelo por el deseo de ser parecidos a él. Es un hecho probado que si en la familia fuma uno de los dos progenitores es más probable que los hijos también lo hagan.

Disponibilidad.- Para cualquier persona resulta más sencillo el comenzar a fumar si se tiene un rápido y fácil acceso a los cigarrillos, por ejemplo en una familia donde varios de sus miembros fuman y dejan los cigarrillos al alcance del joven a éste se le facilita el acceso a

ellos. Además el costo de los cigarrillos es relativamente bajo y son de fácil adquisición en cualquier establecimiento.

No se puede reconocer un tipo de personalidad específico en los fumadores, ya que aun no se conocen los elementos del comportamiento que conducen a los individuos a fumar. Sin embargo se han encontrado diferencias de personalidad entre fumadores y no fumadores y muchas de estas diferencias están presentes aun antes de comenzar a fumar (Stacker y Bartmann, 1977).

Schubert (1986) encontró que existen diferencias entre fumadores y no fumadores en las escalas de psicopatía y manía del MMPI. Por su parte Rozin y Stoess (1993) sugieren la existencia de ciertas características de personalidad en la conducta adictiva como son: las tendencias antisociales, impulsividad, y búsqueda de aventuras, entre otras.

Según Straits y Secherest (1983) los fumadores muestran mayor actividad transgresiva en comparación con los no fumadores.

Russell (1979) propuso una clasificación con respecto a los motivos que promueven el mantenimiento de la conducta de fumar en siete categorías:

Hábito psicossocial. Se refiere a que se fuma por ciertas características que el fumador siente que el cigarrillo le proporcione; ya que le ha dado un valor simbólico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, sensualidad y sofisticación. Contribuye a

aumentar la confianza social y logra la aceptación de un grupo; se fuma de manera intermitente y en situaciones sociales.

**Hábito sensoriomotor.** Envuelve la gratificación que el fumar proporciona a través de diversas maniobras orales, manuales y respiratorias, ver la cajetilla, sentir el cigarro en las manos y en la boca, el proceso de encenderlo, mirar el humo, el olor, el sabor y hasta el sonido se involucran en la elaboración de un acto sensoriomotor complejo, placentero y gratificante.

**Fumar por indulgencia.** Esta es la forma más común de fumar y generalmente las personas que se mantienen fumando por éste motivo no fuman mucho (menos de 20 cigarrillos por día) lo hacen por ejemplo cuando toman café, té o alcohol y en situaciones sociales. Fuera de estos no sienten la necesidad de fumar.

**Hábito sedante.** El cigarrillo se utiliza para reducir los estados de ansiedad y tensión, su frecuencia varía de acuerdo con el estado emocional de fumador además de que el efecto de la nicotina sobre el sistema nervioso central es sedante.

**Hábito estimulante.** Las personas que fuman por esta razón tienen como resultado una sensación de aumento de energía. La acción estimulante de la nicotina influye en la concentración, reducción de la fatiga y la resistencia a la tensión.

**Hábito adictivo.** Se refiere a que las personas fuman para evitar los síntomas o estados desagradables del síndrome de privación, el fumador no resiste el estar sin fumar

más de 20 o 30 minutos. Fumar se ha convertido en una necesidad siendo el tabaquismo regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

**Hábito automático.** La persona que fuma de esta manera lo hace sin darse cuenta, frecuentemente se sorprende encendiendo el segundo cigarro sin haber terminado el primer, perdiendo la cuenta de los cigarros que enciende y consume por día (fumadores crónicos).

Como lo han reportado diferentes investigadores (Russell, 1979; Bartecchi et al., 1995) y en diversas partes del mundo el tabaquismo es una conducta adictiva que provoca graves daños a la salud y al ambiente, por lo que se hace necesario promover el conocimiento de sus consecuencias para tomar la mejor decisión **NO FUMAR**.

#### *2.4 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO*

Como se hizo mención anteriormente el tabaquismo es un factor de riesgo para la adquisición de diversas enfermedades, la mayoría de ellas crónicas y de consecuencias fatales. A continuación se describen algunas de las enfermedades que se han relacionado con la conducta de fumar.

Todos los datos para señalar al tabaquismo no están basados únicamente en asociaciones estadísticas a través de estudios prospectivos y retrospectivos, también se basan en investigaciones de laboratorio (patología), en el aislamiento e identificación de

agentes carcinógenos de la combustión de tabaco y en la inducción de cáncer en animales de laboratorio sometidos a condiciones similares a la de los fumadores (García, 1992).

En la boca se da el primer contacto con el cigarro y de acuerdo al tipo de tabaco, cantidad, calidad, forma y hábito de fumar se condicionan las alteraciones en esta cavidad, es necesario tomar en cuenta la susceptibilidad personal en cada caso.

Entre las alteraciones que se presentan se encuentran: pigmentación dentaria, gingivitis, periodontitis, lengua pilosa, leucoplasia, estomatitis nicotínica y cáncer bucal (Baños y Peña, 1992).

- A) **Pigmentación dentaria.** Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas que van de amarillo a negro. El color, intensidad y distribución de estas manchas depende de la intensidad y duración de la exposición al tabaco aunado a una inadecuada higiene bucal (Glickman, 1975).
- B) **Gingivitis y periodontitis.** Se caracterizan por la inflamación de la encía y por la destrucción ósea del proceso alveolar. Estos padecimientos se relacionan al tabaquismo por su alta incidencia en los fumadores.
- C) **Lengua pilosa.** Se detecta por la hiperplasia de las papilas filiformes de la lengua sin la descamación normal, el color de las papilas varía del blanco amarillento al pardo e incluso negro. Esta pigmentación se debe a factores como el crecimiento de microorganismos, restos alimenticios, medicamentos y especialmente al uso del tabaco.

- D) Leucoplasia. Muchos de los componentes químicos y productos terminales de la conducción del tabaco son irritantes, capaces de producir alteraciones leucoplásicas, estas consisten en placas de tamaño variable cuya coloración varia del blanco perla hasta un tono castaño se trata de lesiones fisurales ligeramente elevadas y papilomatosas de consistencia firme.
- E) Estomatitis nicotínica. Se caracteriza por el enrojecimiento del paladar, el cual adquiere un aspecto difuso de color blanco grisáceo con un punto rojo brillante al centro, esta relacionada con la combustión del tabaco (Glickman, 1975)
- F) Cáncer bucal. El carcinoma epidermoide es la neoplasia más común de la cavidad bucal, su etiología es desconocida pero existen factores que participan en su aparición, como es el consumo de tabaco (Glickman ,1975).

Se asocia el tabaquismo a mayor riesgo de padecer cáncer de la cavidad oral, de la orofaringe y de la laringofaringe; sobre todo cuando se acompaña de consumo de alcohol y mala higiene bucal (CONADIC, 1992; García, 1992; Rubio y Fabián, 1995).

En el aparato digestivo el tabaco reduce considerablemente la presión del esfínter esofágico inferior, e intensifica los periodos de reflujo. Prolonga el contacto del contenido gástrico con la mucosa esofágica interfiriendo con los mecanismos de depuración esofágica. El reflujo duodenogástrico se ve favorecido con el fumar, disminuyendo la competencia del esfínter pilórico con lo que se facilita el paso de sales biliares, enzimas pancreáticas y

fosfolípidos; todas ellas son sustancias nocivas para la mucosa esofágica y gástrica. Por lo que es posible que el cigarro al combinarse con alcohol sea un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de esófago con una probabilidad del 1.3 al 11.1 mayor en los fumadores (CONADIC, 1992; Rubio y Fabián, 1995).

El fumar está relacionado con el desarrollo de úlcera péptica (su frecuencia es mayor en los fumadores) el aumento es independiente del sexo y su incidencia correlaciona directamente el número de cigarrillos consumidos. Su tasa de mortalidad es dos veces mayor en los fumadores además estos responden menos adecuadamente al tratamiento y tienen mayores recaídas (CONADIC, 1992) a pesar de estos hallazgos no se pueden excluir las hipótesis que explican estos hechos como por ejemplo el tipo determinado de personalidad o el estrés como facilitadores de la conducta de fumar y la formación de úlceras (Valdez y De Flores, 1985; Rubio y Fabián, 1995).

La hipoxia del hígado se debe probablemente a que el monóxido de carbono inhibe el metabolismo de muchas sustancias útiles al organismo; pero aún se desconoce el efecto que tienen la mayor parte de los componentes del tabaco en el metabolismo hepático de los fármacos.

El tabaquismo también ha sido relacionado con el desarrollo de cáncer en el páncreas, aun se desconocen los mecanismos a través de los cuales se desarrolla; pero se sabe que su incidencia es mayor en los fumadores (2 a 1) (CONADIC, 1992; Rubio y Fabián, 1995).

El fumar guarda una estrecha relación con el peso corporal, los fumadores tienen un peso menor al de los no fumadores y una vez que han abandonado este hábito tienden a subir de peso. Este hecho puede encontrar varias explicaciones, unas de ellas es que el cigarrillo altera el sentido del gusto, reduce el apetito y la ingesta de comida. Sin embargo según lo refieren estudios recientes los fumadores consumen más calorías, quizá se deba a que el metabolismo se altera o por absorción intestinal deficiente.

Todas estas alteraciones señalan al tabaquismo como causante de síntomas o padecimientos gastrointestinales que contribuyen a la morbimortalidad producida por esta conducta.

Bayes (1985) refiere que Epstein (1979) y Swartz (1983) señalaron que existen incrementos recientes en las tasas de mortalidad por cáncer que no pueden atribuirse únicamente a los estilos de vida y que son posiblemente causados por la interacción del tabaco, la dieta, estimulación procedente del ámbito laboral y de la contaminación ambiental.

La lesión que se produce en el epitelio ciliar que recubre desde la nariz hasta los bronquiolos terminales se debe a que muchos de los contaminantes del humo del cigarro son solubles y producen parálisis ciliar, modifican las secreciones y propiedades reológicas del moco. Los fumadores tienen cilios más cortos y con movimientos incordinados así como atipia celulares e inflamación de células basales. Este daño obstaculiza la defensa de las vías respiratorias, lo cual permite que los microorganismos permanezcan en ella el tiempo suficiente para sabotear el sistema mucociliar y destruir el epitelio.

Los efectos del tabaquismo en la fonación son más notorios en las mujeres, la disfonía se debe a que el humo del tabaco irrita los tejidos de la laringe y en las cuerdas vocales se desarrolla un exceso de tejido fibroso. Irrita además a los tejidos nasales y de la parte superior de la laringe y provoca escurrimiento nasal, sobre todo al despertar

La conducta de fumar resulta ser un importantísimo factor de riesgo para el cáncer de la laringe, de la cavidad oral y de la faringe. Por otro lado dejar de fumar reduce el riesgo de que estos pueden aparecer (Rubio y Fabián, 1995).

La bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el asma se agrupan en el rubro de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y su importancia de basa en que la frecuencia del padecimiento aumenta rápidamente debido al tabaquismo, a la enorme cantidad de contaminantes atmosféricos y al abuso de antibióticos. Siendo el rango entre el 80 y 90% de muertes ocasionadas por EPOC atribuidas al tabaquismo (CONADIC, 1992).

La bronquitis crónica se refiere al síndrome que se caracteriza por hipersecreción bronquial crónica y tos con expectoración mucosa o mucopurulenta, por el aumento de células caliciformes y la hipertrofia de glándulas mucosas llegando a observarse hasta microabscesos y deformidad de vías aéreas (CONADIC, 1992).

El enfisema se define como un crecimiento anormal de los espacios aéreos distales de los bronquios terminales, relacionado con la destrucción de las paredes alveolares o de los tabiques que aumentan el espacio distal en el bronquio terminal sin que exista fibrosis.

Las limitaciones al flujo del aire se producen a causa del colapso de las vías respiratorias originadas por la pérdida de la retracción elástica del parénquima pulmonar que ayuda a mantener la permeabilidad de los bronquios pequeños (CONADIC, 1992). Su relación es muy estrecha con el tabaquismo siendo difícil encontrarlo en sujetos no fumadores, además el abandono del hábito disminuye la progresión de la enfermedad.

El asma se caracteriza por un aumento de la respuesta del árbol traqueobronqueal a diversos estímulos, incluido el humo del tabaco. Se manifiesta por estrechamiento difuso e irreversible de las vías respiratorias, la limitación en el flujo del aire es el resultado de una combinación de taponamiento mucoso de vías respiratorias, hipertrofia, constricción del músculo liso, hiperplasia de células caliciformes y edema mucoso difuso (Rubio y Fabián, 1995).

A pesar de que no se cuenta con estadísticas completas en las que se ponga de manifiesto la incidencia real de estas enfermedades es seguro que aumentan de manera acelerada con el uso frecuente del tabaco.

El cáncer pulmonar ha estado presente de manera constante y progresiva en todos los países, siendo una enfermedad con una tasa de mortalidad bastante elevada independientemente del estadio en el que se detecte, su tasa media de supervivencia a cinco años del diagnóstico es de 9% (Bayes, 1985). Este tipo de cáncer es uno de los más mortíferos y que no aparecía con tanta frecuencia hasta 1930 y no ha cesado de aumentar desde entonces en los hombres y en las mujeres, siendo muy clara la relación entre consumo de cigarrillos y cáncer. Cada año mueren en el mundo por cáncer de pulmón unas

500 mil personas, de estas muertes se le atribuye al tabaquismo del 80 al 90 % (Bayes, 1985).

Además de reconocer la correlación estadística que existe entre el tabaquismo y la aparición de neoplasias broncopulmonares y el número de cigarrillos consumidos y años de tabaquismo. Se supone que la erradicación del tabaquismo podría reducir la mortalidad de cáncer de pulmón entre un 85 y 90 % (García, 1992).

Se ha reportado que no es posible descubrir esta neoplasia a tiempo, de tal manera que se modifique el pronóstico siendo el único camino el cambiar de conducta, basado en una reestructuración cognitiva y del estilo de vida para evitar el consumo de tabaco y prevenir el cáncer pulmonar.

El tabaco contiene varios miles de sustancias que son biológicamente activas que se vinculan con el desarrollo de enfermedades del corazón (Rubio y Fabián, 1995).

Los factores de riesgo más importantes para una enfermedad cardiovascular como la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica son la hipertensión arterial, la hiperlipidemia y el tabaquismo (CONADIC, 1992; Bartecchi et al., 1995).

El fumar genera un incremento de la presión arterial sistólica y del nivel plasmático de catecolaminas presentándose disnea e hipotermia distal. Produce disminución de la

contractilidad y de la función ventricular izquierda en los pacientes con insuficiencia cardiaca; promueve la arteriosclerosis y altera los niveles de coagulación (Gutiérrez y Soto, 1992).

La asociación de la arteriosclerosis, la tromboangeitis obliterante y el fenómeno de Raynaud son ejemplos de la forma en que los productos del tabaco con capaces de generar enfermedades vasculares (Hurtado, 1992).

Los factores de riesgo son aquellos que aceleran el proceso normal de envejecimiento y que se manifiestan como enfermedad, por ejemplo: la hipertensión, la obesidad y el consumo de cigarrillos; al presentarse estos factores aumentan la probabilidad de padecer alguna enfermedad vascular aunado a factores personales y diferencias individuales.

En un artículo Simon, Browner y Mangano (1992) señalan que en el caso de una operación de un mal cardíaco como el isquemia es necesario dejar de fumar para que disminuyan los riesgos y aumenten las probabilidades de supervivencia.

Por otra parte la nicotina consumida al fumar es excretada por la orina y su degradación queda a cargo de los riñones y aunque la relación del tabaquismo con alteraciones renales no está muy documentada, se sabe que está relacionado con la excreción anormal de agua además de estar involucrados en los estados hipertensivos que a su vez están relacionados con padecimientos del sistema circulatorio. Por lo que los efectos

de tabaco en los riñones son un factor de riesgo añadido para accidentes cardio y cerebrovasculares (Gutiérrez y Soto, 1992).

Varios autores como Sánchez (1992) y Berea, Angulo y Díaz (1992) han señalado tres factores que posiblemente determinan la alta incidencia de neoplasias en fumadores habituales, primero, los carcinógenos urinarios se encuentran más elevados en los fumadores, segundo, la actividad de los carcinógenos durante su estancia en la pelvis renal es más importante y tercero, el epitelio de la pelvis renal es un sitio de mayor sensibilidad a la actividad de los cancerígenos estudiados.

Según se sabe en la actualidad la vejiga es el órgano del sistema genitourinario más afectada por tumores malignos, en los cuales el tabaco desempeña un papel muy importante; su incidencia en los fumadores es de dos a tres veces mayor (CONADIC, 1992; García, 1992; Rubio y Fabián, 1995).

En fin, aunque no se puede asegurar que el tabaquismo provoque de manera directa todas estas alteraciones; si se puede decir que ejerce una marcada influencia como factor promotor en el desarrollo y producción de neoplasias.

Por otro lado a pesar de que no ha sido muy estudiado, el tabaquismo puede estar relacionado con la enfermedad inflamatoria pélvica como lo señalan Scholes, Daling y Stergachis (1992). Esta enfermedad es precursora de daños en la fertilidad.

En el sistema nervioso la nicotina actúa sobre los receptores colinérgicos y mimetiza los efectos de la acetilcolina a bajas dosis; pero bloquea la transmisión a dosis mayores aumentando la liberación de catecolaminas (norepinefrina, epinefrina y dopamina) estimulando la liberación de varios neuromoduladores (vasopresina, prolactina y opioides endógenos). De tal forma que la nicotina actúa como sedante o estimulante dependiendo de la cantidad consumida, Los fumadores utilizan el cigarrillo para regular mecanismos adaptativos normales produciendo dependencia, tolerancia y síndrome de privación como cualquier otra droga (Barroso, Estrada y Cuevas, 1992).

Sobre los efectos dañinos del tabaquismo ya mencionados , cabe señalar los que ocasiona a la mujer y a su producto como son: alteración de la fertilidad, incremento en la frecuencia de abortos y partos prematuros, placenta previa, problemas hemorrágicos; niños con bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino, anomalías neurológicas , hipoxia fetal crónica e incluso la muerte (Rubio y Fabián , 1995). Todas estas anomalías han sido estudiadas y documentadas en diversas investigaciones realizadas en diferentes partes del mundo y concluyen que el tabaquismo aumenta la probabilidad de que a una mujer o su producto lleguen a presentar estas complicaciones.

En todas estas enfermedades se debe señalar lo que anotó Bayes (1985) que las variables ambientales actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos son capaces de alterar la bioquímica del organismo. Y las características del cambio serán en buena parte, función de asociaciones y valoraciones cognitivas aprendidas.

Por lo que investigar sobre los mecanismos psicológicos que pueden estar participando entre el tabaquismo, el desarrollo de alguna enfermedad y el abandono de esta conducta es una tarea muy relevante; aunque puede parecer que es un esfuerzo aislado el pretender que algunos abandonen esa conducta mientras que cada día miles de jóvenes, hombres y mujeres se inician o continúan con esta actividad; pero es realmente imprescindible empezar a hacer algo con los recursos que se tienen y revalorar los tratamientos que hasta hoy se utilizan para proponer otros, para que la abstinencia a través del tiempo sea mucho más permanente. Para lo cual en el siguiente capítulo se habla sobre algunos enfoques teóricos que desde la psicología han abordado el problema del tabaquismo, como se concibe y cuáles son algunas sugerencias de tratamiento para posteriormente hacer una pequeña revisión de los métodos de intervención terapéuticos.

## CAPITULO III

### LA TERAPEUTICA DEL TABAQUISMO

#### 3.1 *ALGUNOS ENFOQUES PSICOLOGICOS DEL TABAQUISMO*

Desde el comienzo del siglo XX se han ido acumulando evidencias sobre los efectos adversos que el consumo de tabaco trae consigo y sobre los beneficios que reporta su abandono.

Como ya se menciona fue a partir de la década de los 50's cuando se comenzó a reportar, a través de diversos estudios epidemiológicos, que el consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo diversas neoplasias en el aparato respiratorio y diferentes órganos, patologías cardiovasculares, EPOC, además de complicaciones de la influenza y neumonía entre otros (Kopp, 1992).

Reafirmandose la hipótesis de que el consumo de cigarrillos, la contaminación atmosférica y otros factores ambientales juegan un papel importante en la patogenia de estas enfermedades, lo que ha permitido sostener que los componentes del humo del cigarro tienen efectos adversos sobre la salud. Además de que la exposición al humo de tabaco en el ambiente (tabaquismo pasivo) puede ser un factor de riesgo de padecer cáncer pulmonar para el 30% de los adultos no fumadores que están cotidianamente en contacto con el humo del tabaco en ámbitos cerrados y que los hijos de padres fumadores presentan con mayor

frecuencia síntomas e infecciones respiratorias, así como alteraciones en pruebas funcionales de las vías aéreas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1992); y a pesar de conocer las consecuencias negativas del tabaquismo en la salud las acciones a nivel mundial para limitar o suspender esta adicción siguen siendo muy limitadas, además de que pocos fumadores se mantienen en abstinencia después de haber intentado dejar de fumar.

En la década de los 70's se iniciaron los primeros métodos formales para apoyar el abandono del tabaquismo y se comenzaron a llevar a cabo las campañas educativas de información al público sobre los riesgos que implica tal conducta, a partir de este esfuerzo poco después de 1990 se tomaron algunas de las acciones antitabaquicas más importantes de acuerdo con el informe del Cirujano General de Estados Unidos, con lo que se destacó la importancia y los beneficios de suspender el hábito tabaquico (Kopp, 1992)

Actualmente el tabaquismo es la principal causa de muerte prematura que se puede prever, pues es la responsable de más de 3 millones de decesos anuales que ocurren en el mundo (OMS, 1990).

Por lo que respecta a los tratamientos existentes para enfrentarse al tabaquismo, desde los años 60's se han desarrollado gran variedad de ellos. En los años 70's predominaron las técnicas de modificación de la conducta, aunque esa década los resultados obtenidos no se mantenían a largo plazo (Lichtenstein, 1982). La meta del tratamiento del tabaquismo, como la del alcoholismo, fue en un principio la abstinencia; pero en los años 80's se comenzaron a plantear otras metas alternativas tales como la

reducción significativa en el consumo de cigarrillos o alterar la topografía de fumar hacia formas menos perjudiciales para la salud (McMorrow y Foxx, 1985). Son varias las críticas hacia la reducción parcial de esta conducta, puesto que el organismo continúa expuesto a los perjuicios provocados por este hábito; de tal manera que se ha recomendado la abstinencia y no la reducción parcial.

Las terapias existentes en el tratamiento de fumadores pueden ser agrupadas en dos grandes categorías de manera arbitraria. Por una parte, las terapias no conductuales y por otra las conductuales. Dentro de las terapias no conductuales se señala a la intervención médica, la psicoterapia, las técnicas de atemorizar, la hipnosis, la privación sensorial, diversas drogas antifumar, etc. los estudios realizados sobre este tipo de terapias son, en general, poco controlados por lo que es difícil conocer de una manera fiable la eficacia real de las mismas y en los estudios controlados la tasa de abstinencia suele ser baja, aproximadamente del 20% al año de seguimiento (Lichtentsein, 1982).

Las terapias conductuales suelen centrarse en la respuesta de fumar más que en el fumador. Se entiende el fumar como un hábito a modificar tomando en cuenta la adicción a la nicotina que suelen tener los sujetos fumadores. Entre las técnicas utilizadas se encuentran: el control de estímulos, el autocontrol, contratos de contingencias, reducción gradual de la ingestión de nicotina, técnicas aversivas, paquetes de tratamientos de autocontrol y programas multicomponentes (Leventhal y Cleary, 1980; Lichtenstein, 1982).

La revisión de los métodos y técnicas empleados para dejar de fumar requieren de un sustento teórico de ellos para lo cual se hace mención de algunos enfoques teóricos como el psicoanálisis, el conductual y el cognitivo.

Dentro de psicoanálisis se ha escrito sobre el tema relacionándolo principalmente con el erotismo oral (Marcovitz, 1967; Berkman, 1980; y López, 1991); pero algunos autores van mas allá de esta hipótesis. En un escrito Strubin (1980) señala que uno de los caminos para llegar a la drogadicción se origina en un trastorno de la identidad del sujeto, quien a partir de sus primeras identificaciones defectuosas instala posteriormente durante su drogadicción un cuadro de “no identidad” acompañada de mecanismos melancólicos, utilizados probablemente a manera defensa.

La identificación para el psicoanálisis es la manifestación mas temprana de un enlace efectivo a otra persona y desempeña un papel muy importante en la historia del complejo Edipo.

Strubin (1980) señala que Freud en su texto sobre la Psicología de las Masas apunta que la identificación es desde el principio ambivalente y capaz de concentrarse tanto en la exteriorización cariñosa como en el deseo de supresión. Se comporta como una ramificación de la fase oral de la organización de la libido, durante la cual el sujeto se incorpora al objeto ansiado y estimado, comiéndoselo, y al hacerlo así lo destruí.

Strubin (1980) retoma estas ideas de Freud para suponer que un adicto carece de identidad y trata de inventarla o crearla a través de la droga; de manera que no es su adicción la que le

quite identidad sino que por no tenerla recurre a las drogas. Y es a partir del sentimiento de vacío que la droga aparece como un objeto rellenable que cae en saco roto, razón por la cual se aumenta la dosis o se cambia de droga por una mas fuerte. El sujeto percibe entonces el “no ser” como el “no tener”, el hacer uso de la droga le permite al sujeto de manera fantasiosa creer que tiene y que a la vez es; sin embargo en el afuera se da cuenta que no es lo que quisiera ser y se siente obligado a recurrir otra vez al fármaco para obtener una gratificación forzada.

Rosenfeld (1972) reporta que en los pacientes adictos es habitual encontrar un vinculo muy frustrante con la madre en periodos tempranos del desarrollo y que además tiene alterados los primeros enlaces afectivos, lo que le dificulta las identificaciones iniciales en las que la madre aparece como abandonica y frustrante y destruida a través de los ataques envidiosos al pecho devorado durante el amamantamiento y sentido luego como destruido y realmente abandonante.

Por todo esto Strubin (1980) considera que el adicto ha tenido frustraciones orales tempranas que le han impedido esas identificaciones y que le imprimen un modo particular de comportamiento ante cualquier situación de frustración.

Marcovitz (1967) en cambio considera que la respiración es la representante más primitiva de la relación ambivalente hacia los objetos, ya que consiste en la alteración inmediata de incorporación y expulsión, de destruir y preservar; más primitiva que la incorporación oral haciendo referencia que en el caso de la adicción al cigarro no se trata solo de impulsos orales, anales o fállicos sino que va mas allá. Siendo que el fumar proporciona una fantasía

inconsciente de protección cuando tiene el poder de transformar sustancias al exteriorizar una parte de sí mismo previamente introyectada además de proporcionarle un cuerpo a un espíritu y razón de ser a la inmortalidad.

Además Marcovitz (1967) considera que el fumar es una actividad autoerótica y socialmente aceptable que puede ser la manifestación de algunos o todos los placeres y fantasías pregenitales al servicio del Yo, Ello y Super Yo. El fumar es una adicción respiratoria que consiste en una triada inhalación, exhalación, visualización, que sirve para la delineación de límites, proporciona un esquema de identificación, brinda alivio al miedo de la sofocación, brinda una gratificación al erotismo respiratorio, además de la introyección respiratoria de un objeto simbólico que tiene poderes mágicos con el propósito de identificación o de dominio. En resumen considera que el tabaquismo vía la exhalación del humo es la proyección de una fantasía inconsciente del sí mismo.

Por lo que respecta al enfoque de la Terapia Familiar Estructural no se han encontrado reportes sobre la adicción al cigarrillo, pero sí se han encontrado sobre el trabajo de este enfoque en otra clase de adicciones.

En este modelo no se insiste demasiado en la etiología histórica de la drogadicción, sino en el funcionamiento familiar, sus estudios e investigaciones se realizan cuando ya el patrón de abuso de drogas está consolidado sin que necesariamente se intente predecir que familias producirán un hijo adicto.

Según Stanton et al.(1990) la naturaleza crónica de la adicción se puede explicar desde el punto de vista de los sistemas familiares. El ciclo adictivo forma parte de un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entre lazos que sirven para conservar la adicción y en consecuencia, la estabilidad familiar en general. El patrón habitualmente involucra al menos a tres personas y se sigue una secuencia en la cual cuando el adicto mejora las figuras parentales empiezan a separarse; cuando el adicto se vuelve de nuevo problemático las figuras parentales dejan de concentrarse en su propio conflicto para prestar atención al adicto, al menos hasta que él empieza a mejorar de nuevo con lo cual el círculo del proceso se cierra.

La ingestión de drogas empieza generalmente en la adolescencia, puede relacionarse con un intenso miedo a la separación experimentado por la familia ante los intentos de individuación del adicto. La familia se atasca en esta etapa evolutiva, la droga brinda una solución en diversos niveles para el dilema de darle o no independencia. Paradójicamente le permite estar simultáneamente cerca y lejos, dentro y fuera, ser competente e incompetente en relación con su familia de origen. Esto es una pseudo individuación (Stanton et al., 1990).

De la comprensión de estos conceptos y su integración en un modelo homeostático depende el poder sentar las bases de un tratamiento eficaz.

Desde el punto de vista del conductismo el hábito es una conexión aprendida o condicionada entre la secuencia Estimulo-Respuesta-reforzador.

En el caso del tabaco cada inhalación representa un reforzador y si se toma en cuenta la cantidad de fumadas por cigarro (7 a 10 aprox.) y la cantidad de cigarros por día, se tiene una enorme cantidad de reforzadores. Lo cual lleva a pensar que el fumar es una conducta altamente reforzante, sin embargo, en algunos casos sobre todo en personas que fuman mucho, no todas las inhalaciones resultan reforzantes lo cual se puede comparar con el reforzamiento intermitente que es uno de los más difíciles de eliminar (Wolpe, 1981; Yates, 1981; INER, 1988).

Otro factor que influye en el mantenimiento del hábito tabaquico es que la solidez y la tasa de aprendizaje aumenta cuando el refuerzo sigue de cerca de la respuesta. En el caso del cigarro el reforzador se obtiene inmediatamente con cada inhalación y los efectos negativos no son observables a corto plazo, sino que pueden ser muy remotos de tal manera que es difícil que sean tomados en cuenta. Además el efecto farmacológico de la nicotina es en sí mismo un reforzador, ya que actúa como estimulante o sedante de acuerdo a la dosis, sitio de acción, etc.

### *3.2 METODOS DE INTERVENCION TERAPEUTICOS*

Se han descrito diversos métodos para apoyar el abandono del cigarrillo, aunque la efectividad de estos métodos varía en su impacto sobre la salud pública. Schwartz (1992) señala que entre los fumadores que desean dejar de fumar el método más utilizado es el individual, con buenos resultados en el 80 y 90% de los casos y que solo un 10% requiere de programas estructurados.

En el método individual juegan un papel preponderante el consejo del médico o facultativo como labor de apoyo para reforzar esta decisión, además de motivar a aquellos fumadores que nunca se han propuesto abandonar su tabaquismo; pero para aquellos fumadores que la consejería médica no los impulsa a procurar dejarlo es necesario programas más complejos que combinen distintos procedimientos implementados por personal especializado.

A continuación se describen los principales métodos que en las tres últimas décadas han sido utilizados para promover el abandono de esta conducta.

## MÉTODOS NO PSICOLÓGICOS

Este método es un programa impartido por el médico general y otros especialistas, el médico constituye un elemento fundamental en la consulta, tanto de un hospital general como en el primer nivel de atención, para implementar un programa destinado a lograr el abandono del hábito de fumar, de tal manera que impacte a la población y obtenga un beneficio potencial de salud pública al disminuir la mortalidad y morbilidad vinculadas al tabaco.

En Estados Unidos se estima que el 70% de los fumadores acuden a consulta médica cada año, lo que implica que tuvieron contacto directo con médicos cuya opinión puede tener gran impacto en la disminución del consumo de cigarrillos. Se ha considerado que a través del consejo médico es posible convencer, por lo menos, al 5% de los

individuos para dejar de fumar, esto representa aproximadamente 2 millones de exfumadores (Fiore, Novonthy y Pierce, 1990):

Se han estado haciendo propuestas como la de Stuart Cohen de la Escuela de Medicina de Indiana para que los médicos, especialistas y generales, promuevan en forma rutinaria el abandono del consumo de tabaco entre sus pacientes a partir de un interrogatorio sencillo y con preguntas intencionadas, haciendo énfasis en la responsabilidad que como médico tiene con el paciente y en los beneficios que reporta el abandonar esa conducta, acordando una fecha para dejar de fumar e indicar al paciente que verifique su progreso cada vez que tenga una cita con él. Con esta clase de consejería médica se pretende que los pacientes sepan de la conveniencia de dejar de fumar e incrementar el número de exfumadores (Ramírez, González y Cicero, 1994).

Para alcanzar estos objetivos el médico puede recurrir a otras técnicas complementarias como la asesoría médica y el apoyo farmacológico.

Recientemente se ha enfatizado al consejo médico como una técnica pretratamiento y de apoyo al post-tratamiento. Los médicos juegan un papel muy importante en la eliminación del tabaquismo, porque frecuentemente tienen contacto con fumadores hipertensos, obesos, diabéticos o con riesgos cardiovasculares. Se ha comprobado que para el paciente es muy importante que el médico esté involucrado en este tipo de tratamientos (Anda, Remigton, Sienko y Davis, 1987).

Es una gran ventaja la existencia de una guía práctica para profesionales que tienen que ver con la salud pública, contienen recomendaciones específicas para motivar a los pacientes a renunciar al tabaco y para elegir tratamientos que les resguarden del peligro de recaer; así como para la creación de instituciones que incidan en esta problemática. Ejemplo de ello es la clínica de tabaquismo cuyo trabajo a proporcionado ayuda a muchos fumadores.

El método de autoayuda se refiere a que el fumador por si mismo y con ayuda de diversos materiales auxiliares procure abandonar el tabaquismo.

Los primeros materiales que se emplearon fueron algunas sustancias químicas. Después aparecieron filtros, libros y equipos para dejar de fumar; mas tarde aparecieron audiocintas, cursos por correspondencia, cigarrillos sin humo, videocintas y programas para computadora (Schwartz. 1992).

Diversas organizaciones voluntarias, instituciones gubernamentales y compañías de seguros es Estados Unidos han publicado varios libros, guías y folletos para dejar de fumar. Muchos de ellos contienen consejos prácticos para abandonarlo, la mayoría de estos materiales han sido escritos por psicólogos y exfumadores.

En estados unidos se venden filtros que reducen la concentración de nicotina y alquitrán. Cigarrillos sin humo que simulan el sabor del tabaco, o bien se renuncia al tabaquismo por correo, mensajes telefónicos, líneas telefónicas permanentes y programas

de computadora. No se cuenta con reportes sobre la eficacia de estas ayudas auxiliares; pero se puede recomendar que para obtener buenos resultados de estos se debe prestar atención tanto a la dependencia física como a la psicológica e incluir el sostén del médico para conservar los resultados a más largo plazo.

En México no se le ha dado gran difusión a estas alternativas y muchas de ellas no se encuentran a disposición de la población.

Para la eliminación del tabaquismo se han utilizado distintos tipos de medicamentos como sedantes, ansiolíticos y estimulantes. El utilizar medicamento se basa en la idea de compensar el efecto que tiene la nicotina como agente dominante en el mantenimiento del tabaquismo (Grabowsky y Hall, 1985). El empleo de estos medicamentos ha reportado pobres resultados a corto y largo plazo ("Smoking and Health", 1986). Raw (1978) reportó que los sedantes y el empleo de placebos tienen una tasa de abstinencia del 25% anual; se han empleado en general dos categorías de agentes farmacológicos unos para romper el hábito y otros para superar los síntomas de abstinencia.

Aun antes de 1900 ya se empleaban algunas sustancias como hierbas, especias y enjuagues bucales, nebulizaciones, chicles y comprimidos que al tener un sabor desagradable ayudarían a provocar la supresión del tabaquismo, muchos de estos creaban un efecto de repulsión por que irritaban las mucosas oral y nasal, pero después se determinó que no tenían la eficacia que prometían (Schwartz, 1992).

La segunda categoría de agentes farmacológicos está constituida por los medicamentos que tienen como finalidad un intento de reducir los síntomas fisiológicos y psicológicos de abstinencia relacionados con la interrupción del tabaquismo. Algunos tienen un efecto relajante, mientras que otros pretenden ayudar al paciente a dormir, prevenir el aumento de peso o superar el nerviosismo o la fatiga.

Dentro de esta categoría entran todas las sustancias empleadas en diferentes presentaciones para sustituir a la nicotina, pero es recomendable que estas sustancias de reemplazo se empleen de manera integral con un programa de modificación de la conducta o reestructuración cognitiva, o combinándolas con el consejo médico, para que sus resultados sean a más largo plazo. Muchos fumadores esperan que la tableta masticable o el parche transdérmico los libere completamente de su adicción, por tal motivo es muy importante recalcar que estos sustitutos solo les ayudarán en sus síntomas de privación; pero que se requiere de trabajo para liberarse del tabaquismo (“Smoking and Health”, 1986).

El sustituto farmacológico de la nicotina más empleado es la goma de mascar con nicotina que es un auxiliar en el tratamiento de la dependencia fisiológica. Esta goma de mascar ayuda al fumador a cesar abruptamente con las molestias provocadas por el síndrome de abstinencia porque la nicotina en pequeñas dosis equivale a las dosis inhaladas en el humo del cigarrillo y tiene efectos de corta duración sobre el sistema activador del cerebro y al mismo tiempo sustituye la actividad oral; pero aunque la nicotina pueda sustituir el daño pulmonar no sucede lo mismo con el perjuicio cardiovascular (Heman y Herrera, 1979).

## METODOS AUXILIARES IMPARTIDOS POR DIFERENTES ESPECIALISTAS

### Hipnosis

Los reportes sobre la efectividad de la hipnosis como método curativo para dejar de fumar son contradictorios. La hipnosis es un método que no alcanza a grandes grupos de fumadores y que solo puede funcionar si el fumador así lo quiere, su atracción reside en que tiene gran valor en la gente que cree en el método.

Para la hipnosis el paciente debe adoptar la responsabilidad de cambiar su propia conducta y reconocer que el fracaso no es atribuible a nadie, solo a el mismo.

La hipnosis se puede llevar a cabo en sesiones individuales o sesiones de grupo; pero este método solo produce resultados modestos cuando se emplea de manera aislada, en cambio los buenos resultados se intensifican cuando se combina con otros métodos para dejar de fumar (Schwartz, 1992).

### Acupuntura

En los últimos años se ha incrementado el uso de la acupuntura como método auxiliar para los fumadores, pero no existen reportes sobre seguimientos adecuados.

Las técnicas empleadas son nasopuntura y auriculopuntura. La nasopuntura consiste en seleccionar puntos sobre la superficie de la nariz para descongestionar las vías respiratorias y generar una sensación de disgusto hacia el tabaco.

La auriculopuntura requiere el empleo de una engrapadora para efectuar la acupuntura en el oído, se dice que esos métodos son ocasionalmente dolorosos.

Schwartz (1992) afirma que no se cuenta con pruebas fisiológicas de que la acupuntura alivie los síntomas de supresión, no se ha demostrado que este método por sí mismo promueva la interrupción del tabaquismo. La acupuntura puede actuar como procedimiento placebo para ayuda al fumador a enfrentarse al componente adictivo del tabaquismo siendo necesario resolver los aspectos psicosociales para que los resultados sean sostenidos, es de vital importancia la motivación para dejar de fumar con el objeto de que la abstinencia sea permanente.

## METODOS PSICOLOGICOS

La psicología ha tenido un papel preponderante en cuanto a los tratamientos del tabaquismo y sus métodos han arrojado los mejores resultados y se han sostenido a más largo plazo.

Las terapéuticas de modificación de la conducta abarcan dos criterios divergentes para cambiar esta: en uno se recurre a los castigos y el otro utiliza el refuerzo positivo.

A continuación se hará mención de las principales técnicas empleadas para eliminar el tabaquismo: aversivas, de refuerzo positivo y autocontrol.

### Métodos Aversivos

El uso de estímulos aversivos para promover un cambio en la conducta han tenido fundamentos muy sólidos en las intervenciones conductuales, dentro del modelo operante y del condicionamiento clásico. Estos métodos tienen por objeto romper la relación que existe entre la conducta de fumar y los aspectos positivos asociados con esta para que el fumar se vuelva así una conducta displacentera (García y Gavaldon, 1986). Los más utilizados para la eliminación del tabaquismo han sido electrochoque, capacitación en desensibilización, contención de aliento, sobreexposición a humo rancio, retener el humo y desensibilización cubierta (Schwartz, 1992).

El choque eléctrico no se usa con frecuencia, por que sus resultados han sido poco satisfactorios. Cuando se emplean castigos externos sus efectos favorables pueden ser inmediatos, pero no son mantenidos a largo plazo siendo alta la tasa de reincidencia (Stacker y Bartmann, 1977).

El método de la saciedad, ofrece resultados prometedores sobre todo cuando se emplea en conjunto con otras técnicas, en un programa intensivo y con múltiples componentes. Este método requiere a los sujetos que aumenten el número de cigarrillos que fuman lo mismo que la rapidez con que los consumen ("Smoking and Health", 1986).

La técnica de fumar rápido es el procedimiento más empleado dentro de la terapia aversiva, se pide al sujeto que inhale el humo de un cigarrillo una vez cada seis segundos o hasta que el sujeto sienta náuseas. Esta técnica llegó a producir resultados prometedores pero a la vez creaba la preocupación de que generara un peligro para el sistema cardiopulmonar, por tal motivo se ha estado investigando si esta técnica puede tener consecuencias graves pero no se ha hallado evidencia de éste hecho pero es necesario realizar más investigaciones al respecto así como mantener a los pacientes que se encuentran bajo el tratamiento con esta técnica en constante chequeo médico. Esta técnica se sigue empleando con buenos resultados a largo plazo sobre todo cuando se combina con programas más intensivos (Schwartz, 1992).

Las desventajas que ofrecen las técnicas de saciedad y fumar rápido incluyen la necesidad de descartar participantes potenciales debido a los riesgos que existen cuando estos sujetos presentan ya alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo; ya que estos tratamientos traen como consecuencia un aumento en el ritmo cardiaco, el aumento del nivel de carboxyhemoglobina y nicotina en la sangre, además de aumentar el estrés cardiovascular en general (Escayola, 1988).

Sobre la desensibilización cubierta Cautela (1970) señaló que ésta técnica era efectiva para el tratamiento del tabaquismo por lo menos durante un año, sobre todo si se combina con desensibilización sistemática y se usaba como técnica de autocontrol para mantener los resultados en abstinencia de otras técnicas aversivas.

En cuanto al empleo de desensibilización sistemática en el tabaquismo de manera única existen pocas referencias, es más frecuente encontrar referencias de uso combinado con técnicas como retener el humo, siendo alta la reincidencia pasados los tres meses del tratamiento (García y Gavaldon, 1986).

La retención del humo es una técnica con componentes aversivos sin grandes riesgos médicos. Cuando Kopel (1979) realizó una de las primeras investigaciones con esta técnica, refería que se puede alcanzar un pequeño estrés psicológico, pero alcanza un 33% de éxito en un periodo de seis meses; también señala que esta técnica incrementaría su efectividad si se combina con procedimientos de autocontrol.

Otra técnica aversiva se lleva a cabo con una pildora que al mismo tiempo de fumar produce un sabor y sensación desagradables (Berkman, 1980).

De las distintas técnicas existentes, dentro de las aversivas, se considera que la técnica de fumar rápido ha obtenido los mejores resultados en el tratamiento de los fumadores (Becoña y Forjan, 1988). En esta técnica el sujeto fuma ininterrumpidamente cada seis segundos durante ensayos de quince minutos, con cinco minutos de descanso entre ensayos. Las tasas de abstinencia con ésta técnica son de alrededor del 100 % al terminar el tratamiento y del 50 % al año de seguimiento.

A pesar del uso de los métodos aversivos durante los primeros años, no han dado los resultados que podían esperarse ya que ofrecen una tasa de reincidencia alta, además de algunos riesgos para la salud y diversos problemas éticos que han sido difíciles de superar.

Además la respuesta de los pacientes hacia éstos ha ido decreciendo y en la actualidad son poco utilizados.

Actualmente se llegan a emplear técnicas aversivas pero combinadas con procedimientos de autocontrol y de disipación de nicotina las primeras para romper el hábito y las de autocontrol para mantener la abstinencia (Schwartz, 1992).

### Técnicas de autocontrol

Estas técnicas han enfatizado las interacciones causales entre el organismo y el ambiente; el sujeto actúa como agente de cambio al motivar su propia participación para tener un impacto real en su propio tratamiento. A través del autocontrol el paciente aprende a dirigir, mantener y coordinar sin que necesariamente el terapeuta tenga que estar presente, el terapeuta trabaja en función de que el paciente tenga la responsabilidad de poder controlar y regular su propia conducta.

Las técnicas de autocontrol se usan de manera combinada con otras se dividen en dos categorías: planeamiento ambiental y programación conductual (Escayola, 1988).

Los procedimientos de autocontrol con planeamiento ambiental consisten en considerar las circunstancias que prevalecen cuando la conducta de fumar se presenta controlando los estímulos o manejando las contingencias.

El control de estímulos se refiere a la importancia de cambiar las situaciones de estímulo que están actuando cuando se presenta la conducta de fumar; porque el fumar está asociado con gran variedad de situaciones ambientales que se han llegado a convertir en estímulos discriminativos para la respuesta de fumar (García y Gavaldón, 1986). Para la eliminación o control de estímulos se han llevado a cabo procedimientos como la reducción jerárquica, para lo cual los pacientes registran en qué situaciones fuman, qué es lo que están haciendo momentos antes de encender el cigarrillo identificando en que situaciones es más probable que fumen. El método de autoregistro o reducción jerárquica por sí mismo no da buenos resultados para la abstinencia; para ser más efectivo debe llevarse a cabo conjuntamente con otras técnicas

El manejo de contingencias como procedimiento de autocontrol se puede llevar a cabo a través de proponer al fumador un contrato como método de control, ya que esto puede representar un fuerte impedimento externo que le ayude a permanecer en abstinencia, especialmente durante la primera etapa del tratamiento cuando la reincidencia es más probable, o bien a través de cantidades de depósito que se recuperan al concluir el tratamiento y tras de un periodo prolongado de abstinencia, o por el contrario perder su dinero sino se cumple con el tratamiento. Pero es más recomendable que por cualquier tratamiento se paguen las cuotas correspondientes. Este método fue utilizado por Paxton, (1983) y sus resultados no fueron positivos ya que el nivel de reincidencia fue considerable.

Tanto con el control de estímulos como con el manejo de contingencias es necesario realizar más estudios sobre su alcance; aunque a la fecha estos métodos no se utilizan de manera individual sino como complemento a programas antitabaquicos estructurados.

La programación conductual se refiere a que el fumador se autogratiñe o autocatigue en función de la estrategia que él mismo emplea para controlar su conducta sea o no exitosa.

La relajación también se ha empleado para ayudar en la abstinencia del cigarrillo muchas veces como parte del tratamiento de desensibilización sistemática o si se toma en cuenta que los niveles de ansiedad en los fumadores son altos y la relajación es de gran ayuda.

Se puede llegar a utilizar la relajación respiratoria, la muscular y la psíquica de manera simultánea cada una con instrucciones específicas dependiendo de los objetivos que el paciente y el terapeuta se han fijado siendo el principal que el paciente aprenda con la guía del terapeuta a obtener tranquilidad para que con el uso de los ejercicios pueda hacer frente fuera del hábito clínico, cuando se presente algún momento difícil respecto a su nueva conducta ante el tabaco.

Para la supresión del tabaquismo también se han empleado la suspensión abrupta y la gradual del cigarrillo, aunque se ha recomendado más frecuentemente la suspensión abrupta acompañada de sustitutos de nicotina, porque ha sido la que proporciona mejores resultados, sin embargo esto no significa que la suspensión gradual no sea efectiva y que algunos pacientes reaccionan mejor ante una y otros ante la otra (Flaxman, 1976).

En el trabajo clínico para ayudar al fumador se han integrado técnicas como la terapia de grupo, esta técnica es muy conveniente desde el punto de vista económico por ser

menos costosa que un tratamiento individual a la vez que el fumador encuentra apoyo, identidad, cohesión y una meta en común con los demás miembros de su grupo terapéutico.

La psicoterapia grupal puede variar de frecuencia y duración e incluir consejos de higiene y dietética; estos grupos frecuentemente son dirigidos por psicólogos y auxiliarse de médicos y otros profesionales de la salud bien capacitados e incluso contar con la participación de exfumadores entrenados para manejar las dinámicas.

Los resultados de la terapia grupal y de los grupos educativos son alentadores acompañados de otras técnicas, desde que se comenzaron a utilizar a finales de la década de los 70's no ha dejado de utilizarse e incluso en nuestro país los tratamientos más utilizados para dejar de fumar llevan terapia de grupo. Aunque siempre es necesario renovar y experimentar con otras alternativas para que el avance científico continúe y los resultados sean positivos al lograr una abstinencia permanente.

Un modelo estructurado utilizado en nuestro país es el de la psicoterapia conductual para que los fumadores aprendan a analizar las características de su adicción, con el fin de identificar con precisión los elementos condicionantes que lo provocan y sustentan. Se enseñan además métodos de autoregistro y autocontrol para que el paciente anote la cantidad de cigarrillos que fuma al día, las situaciones en las que lo hace y cómo se siente cuando fuma. Así mismo se imparten técnicas de relajación para mantener los estados de tensión o estrés en forma adecuada, ya que éstos estimulan frecuentemente el hábito (Ramírez, et. al., 1995). Además en los últimos años se han integrado técnicas de reestructuración cognoscitiva con lo cual se pretende evitar y desalojar la integración del

hábito de fumar del esquema mental y de la rutina diaria del sujeto, aunque su uso no está muy extendido resulta muy importante resaltar que en la Clínica del Tabaquismo INER se ha ido incorporando cierto trabajo con reestructuración cognitiva para ampliar el trabajo y tener mejores resultados aunque no de manera explícita, poco a poco se ha ido reconociendo la necesidad de ampliar el alcance del tratamiento para que los resultados sean más positivos para los pacientes; aunque se tome tiempo romper con los esquemas antiguos de tratamiento es necesario incluir y experimentar con otros métodos por el beneficio de los pacientes, de la sociedad y del avance científico.

#### MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN.

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante sobre todo lo que se refiere a prevención para disminuir la prevalencia del tabaquismo y modificar las creencias que se tienen sobre el tabaco y la salud basándose en conocimientos reales.

Así como se le ha dado difusión publicitaria al tabaquismo es necesario que se sigan y aumente la publicidad en cuanto a lo perjudicial que resulta esta conducta. Los medios de comunicación podrían convertirse en un puente entre el tabaquismo y la abstinencia, al motivar a fumadores a que se alejen de esta conducta perjudicial cuando aumenta la percepción del riesgo que implica.

No se puede afirmar que todos los medios masivos estén involucrados pero si se han hecho algunos programas a tres niveles: los que tienen como finalidad impartir información o percepción de riesgo, los que persiguen inducir a las personas para que

adopten acciones particulares como intentar dejar de fumar y los que presentan programas de interrupción del tabaquismo en la cámara (Schwartz, 1992).

Pero paradójicamente se nota mucho en nuestro país que el tiempo y el espacio (en los medios impresos) que se les dedica a programas antitabáquicos o de educación para la salud son considerablemente menores que los que se dedican a publicitar el consumo y cada vez más se ven anuncios de diversas marcas de cigarrillos con diversos mensajes para incrementar la venta y el número de individuos, primordialmente jóvenes y mujeres, que se vuelven adictos, siendo muy importante hacer una intervención en los diferentes niveles, tanto individuales como colectivos y aunque es muy difícil por todos los intereses económicos y políticos inmersos en este problema es vital comenzar a hacer algo antes de que el problema sea mucho más grave.

#### CLINICAS ESPECIALIZADAS.

Estas instituciones son especializadas en técnicas para abandonar el tabaco, son muy recomendables porque en ellas se pretende abarcar lo más importante y emplear las técnicas que han demostrado su eficacia para abandonar el tabaquismo.

Son de gran ayuda para los fumadores crónicos e incluso para fumadores que ya presentan alteraciones fisiológicas o que es urgente que dejen de fumar porque van a ser sometidos a un tratamiento quirúrgico o tienen algún riesgo profesional.

Por ejemplo en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, se han aplicado diversos modelos de intervenciones contra el consumo de tabaco en un lapso mayor de 10 años. En la actualidad se considera que los programas más eficaces para el abandono del tabaquismo y el mantenimiento de la abstinencia por tiempo más prolongado son los que combinan diversos procedimientos terapéuticos e incluyen modificaciones en el estilo de vida.

En esta Clínica la rehabilitación del fumador abarca dos aspectos: la evaluación médica para la detección de factores de riesgo asociados al consumo de tabaco y evaluación psicológica para descartar cualquier patología psiquiátrica y averiguar la historia familiar y personal del paciente, el grado de motivación, y su nivel de autoestima empleando para esto diversos instrumentos estandarizados. A partir de estas evaluaciones se decide el tipo de terapia a emplear con el sujeto en particular, puede ser individual o grupal y por último al concluir la terapia se forman grupos de exfumadores como reforzador a largo plazo.

Otra clínica especializada es la Clínica de Tabaquismo del INER que ofrece un programa de ayuda profesional para todo aquel fumador que quiere dejar de fumar y no lo ha logrado en un programa que incluye una parte psicológica y una parte médica; en la parte psicológica se cumple con el objetivo de tratar al paciente fumador atendiendo a los procesos psicológicos que motivan y mantienen la adicción al tabaco a través de la terapia de grupo (12 sesiones) y el Club de Exfumadores una vez al mes. En cuanto a la parte médica ésta diagnóstica y orienta desde la perspectiva médica a través de exploración física, espirometría, electrocardiograma, radiografía de tórax, si el paciente ya se ha visto afectado físicamente por su adicción. Además la Clínica de Tabaquismo también trabaja a

nivel de prevención brindando pláticas informativas sobre tabaquismo a escuelas, empresas y otras instituciones.

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR.

Los objetivos específicos que se persiguen en la Clínica de Tabaquismo son el estudio médico, psicológico y social del tabaquismo; sus causas características de los fumadores, además de ofrecer servicio médico para las personas interesadas en abandonar esta conducta o que su salud se haya deteriorado a causa de esta. El problema al que se encuentra la Clínica es de orden biopsicosocial, demandándose la prevención y erradicación de esta conducta.

Desde sus inicios el problema del tabaquismo fue abordado desde el punto de vista médico, pero actualmente, se han involucrado estudios psicológicos y sociales que han contribuido a estudiar el problema en su real magnitud.

La indagación se hace bajo la perspectiva médica y empleando las técnicas que esta misma propone y el enfoque teórico que se presume emplear desde el punto de vista psicológico, es el de la escuela cognitivo-conductual.

La perspectiva conductista basada en el aprendizaje es una de las teorías que se han encargado de explicar la conducta de manera sencilla y práctica. Pues posee perspectivas científicas y ofrece un programa bien definido de tratamiento basado en los mismos principios por ejemplo, tratamientos para el control de peso, abstinencia de bebidas

alcohólicas, técnicas para aumentar la productividad o la motivación en el trabajo y dejar de fumar. Constituyéndose así las técnicas de modificación de la conducta un aspecto importante en la psicología.

En la Clínica de Tabaquismo se indaga sobre los fenómenos asociados a la conducta adictiva, se percibe en relación a lo objetivo, a lo observable y se sobrevalora la influencia del medio ambiente como conjunto de estímulos que conllevan a determinada conducta.

El tabaquismo como resultado de un proceso de aprendizaje puede alterarse de acuerdo a estos mismos principios, aunque recientemente se han empleado técnicas con un enfoque más amplio en las que se toman en cuenta los factores cognitivos que intervienen para la adquisición de conductas.

Otro aspecto de la indagación se realiza a nivel comunitario a través de encuestas realizadas tanto a nivel institucional, social e individual por medio de diferentes instrumentos empleados para tal efecto como encuestas, pruebas psicológicas y la entrevista estructurada.

Los pacientes llegan a solicitar un servicio para tratar el problema de su tabaquismo, la Clínica hace la selección de pacientes por medio de una entrevista estructurada que es la Entrevista Psiquiátrica Modificada de Campillo (1982), calificando a los candidatos idóneos para ingresar al tratamiento y los que no.

Como el tratamiento es a través de la terapia grupal, se excluye a los pacientes que presentan padecimientos psiquiátricos severos, por otro lado deben ser alfabetas, con una historia de tabaquismo de dos años como mínimo y que fumen más de 10 cigarrillos por día.

En el área médica por su función diagnóstica, el neumólogo se encarga de realizar un paquete de estudios médicos para diagnosticar cualquier enfermedad provocada o no por el tabaquismo. El paquete diagnóstico incluye radiografía de tórax, electrocardiograma, exámenes de sangre y orina así como pruebas de funcionamiento respiratorio y pulmonar vía la exhalación del aire de los pulmones como la espirometría, cultivo de mucosa oral valoración rutinaria e historia clínica.

En el área social las encuestas permiten observar la incidencia del problema en la población.

El programa de la Clínica de Tabaquismo incide en dos aspectos, el psicológico y el médico en tres niveles a cubrir el individual, el grupal y el social.

En el nivel individual se plantea la atención al paciente que no puede ingresar a grupo de tratamiento por algún motivo como indisponibilidad de horario o para trabajar en grupo e incluso reincidentes, entre otros. Las técnicas que se utilizan en el grupo también se emplean de manera individual, con algunas modificaciones en cuanto a la frecuencia de las sesiones y la forma de abandono del cigarro y en caso de necesitar terapia de apoyo se emplean diversos modelos y técnicas con este propósito.

Por lo que respecta a la terapia grupal las sesiones se llevan a cabo dos veces por semana con un total de doce sesiones, se incluyen varias técnicas de psicoterapia cognitivo-conductual como el autocontrol y la relajación; aunque básicamente la terapia grupal funciona basándose en consejería. El encuadre terapéutico comprende la invariabilidad del horario, del salón para realizar la terapia de grupo y del terapeuta que lo conduce.

La estructura de las doce sesiones de tratamiento es la siguiente: aunque cada terapeuta posee su propio estilo en la intervención y características particulares que pueden influir en el tratamiento.

1ª. Sesión.- Esta sesión se inicia con la explicación que da la terapeuta al grupo sobre los objetivos del tratamiento, la presentación de cada uno de los participantes exponiendo sus motivos para desear dejar de fumar, sus intentos, experiencias previas, el si de alguna manera su salud, sus relaciones interpersonales e incluso su economía se han visto afectadas por su tabaquismo. También se habla sobre la cantidad de cigarrillos fumados por día, sus años de tabaquismo y como fue que llegaron a pedir tratamiento en la Clínica y cuáles son sus expectativas sobre el tratamiento. Además se da lectura a un contrato terapéutico en el cual se explican los derechos y obligaciones durante el tratamiento y si están de acuerdo es firmado. Por otro lado en esta sesión la psicóloga explica porque el tabaquismo es considerado como una farmacodependencia, en que consiste la dependencia física y la psicológica, se les habla un poco sobre el síndrome de abstinencia y para terminar se les proporciona un autoregistro para anotar los cigarrillos que

consumen, para de esta manera empezar a controlar la cantidad de cigarros y se les avisa que a partir de la tercera sesión deberán dejar de fumar.

2ª Sesión.- Durante esta sesión se revisan los autoregistros dando oportunidad a cada paciente de expresar sus propias conclusiones sobre su forma y motivos para fumar. El objetivo de esta sesión es explicar los aspectos psicológicos que subyacen a la conducta de fumar, como los motivos de inicio y mantenimiento del tabaquismo, se proporcionan algunas explicaciones conductuales y cognitivas sobre la dificultad de abandonar esta conducta. Al terminar la sesión los pacientes se vuelven a llevar un autoregistro y se les da la consigna de que la siguiente sesión tendrán que presentarse sin fumar habiendo dejado de fumar a partir de las cero horas de ese día.

3ª Sesión.- Los pacientes se presentan sin fumar, trabajándose ese día sus temores, ansiedad y expectativas en general. La terapeuta les proporciona una serie de sugerencias para manejar los temores y la ansiedad que les provoco el dejar de fumar y a partir de esta sesión se les prescribe el chicle con nicotina como apoyo durante el síndrome de abstinencia.

4ª Sesión.- Se dedica la sesión a la evaluación de sus sentimientos por estar sin fumar y la forma en que lo han percibido y como han manejado su deseo por fumar y al finalizar se les aplica el Cuestionario de la Personalidad de Eysenck. Con el propósito de tener un perfil de cada paciente.

5ª Sesión.- Se les imparte una plática médica sobre los efectos del tabaquismo en la salud, se procura que esta sea lo más real posible. El médico señala todos los riesgos y consecuencias que sobre la salud tiene esta conducta. Sin embargo los resultados no se obtienen sino hasta que el grupo ha terminado su terapia.

6ª Sesión.- Los pacientes escuchan y participan en una plática sobre ejercicios respiratorios y acondicionamiento físico.

7ª Sesión.- La psicóloga realiza con los pacientes algunos ejercicios de relajación.

8ª Sesión.- Se les proyecta una película sobre los efectos nocivos de las campañas publicitarias del tabaco.

9ª Sesión.- La terapeuta les explica algunos aspectos psicodinámicos de la publicidad en el tabaquismo. En la plática se emplean como material de apoyo, diapositivas y un videocasete.

10ª Sesión.- Se revisan los sentimientos acerca de que próximamente se concluirá el tratamiento y se les prescribe una dieta para el control de peso.

11ª Sesión.- Se revisan los motivos de reincidencia y la forma de afrontarlos y evitarlos.

12ª.Sesión.-Esta es la última sesión en la cuál se evalúan verbalmente y por escrito el logro individual, el del tratamiento, el papel del Instituto, de la Clínica y del personal que les atendió. Posteriormente a la finalización del tratamiento se les invita a asistir a las sesiones mensuales del “Club de Excusadores” que tienen lugar el tercer miércoles de cada mes, teniendo como objetivo apoyarlos en el mantenimiento de su abstinencia de tabaco.

Los pacientes son vistos por el médico al principio del tratamiento y al final para la entrega de resultados.

Antes de iniciar el tratamiento se realiza la entrevista psicológica antes mencionada y un estudio socioeconómico con la trabajadora social. Posteriormente durante el tratamiento se les aplican instrumentos de evaluación, para diagnóstico e investigación, se aplican los siguientes instrumentos: Entrevista Psiquiátrica Modificada, Test de Motivos para Fumar de Rusell, Test de Personalidad de Eysenck y algún otro instrumento adicional para investigación dependiendo de las investigaciones que se estén llevando a cabo en ese periodo

La Clínica realiza cuatro protocolos de investigación al año, así mismo cada mes hay una reunión del club de exfumadores con el propósito de vigilar y apoyar el mantenimiento de la abstinencia y cada dos meses se realizan seguimientos telefónicos durante un año para llevar el registro de la efectividad del tratamiento; aunque estos datos, a la fecha, no se encuentran a disposición para consultarlos debido a diferentes motivos relacionados con el funcionamiento interno de la Clínica.

A nivel social se trabaja sobre la concientización y prevención, para lograr este objetivo se imparten pláticas en consulta externa del hospital en hospitales cercanos, escuelas, instituciones de salud y empresas públicas y privadas. Estas pláticas son gratuitas, se dan también talleres de información y capacitación para personal educativo y/o de salud. Se capacitan a grupos interdisciplinarios, de médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales para la fundación de Clínicas de Tabaquismo.

De los enfoques teóricos y de las técnicas empleadas para el tratamiento del tabaquismo el enfoque cognitivo conductual se ha ido empleando de manera gradual y ha arrojado buenos resultados, sin embargo el uso de sus técnicas no ha sido generalizado y no se le ha dado el empuje requerido para considerarla como una alternativa viable para tratar el grave problema de las adicciones; siendo necesario incluirla en los tratamientos de este problema y seguir trabajando con sus técnicas para evaluaciones posteriores. Por lo pronto a continuación se hace mención de este enfoque y en particular de la Terapia Racional Emotiva que se ha estado involucrando durante los últimos años en el campo de las toxicomanías con gran éxito (Ellis et. al. , 1992). Por este motivo en el siguiente capítulo se hace referencia al enfoque cognitivo-conductual y en especial a la Terapia Racional Emotiva.

## CAPITULO IV

### EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

#### 4.1 RESEÑA HISTORICA

La terapia de la conducta no designa un único método psicoterapéutico sino que este término designa a numerosos y heterogéneos grupos de abordajes que presentan marcadas diferencias y sin embargo, en vista de la existencia de conceptos Básicos comunes se les designa bajo el mismo rubro de Terapia de la Conducta. Estas terapias comparten entre sí la perspectiva de la teoría del aprendizaje tal como fue formulada sobre todo en Estados Unidos durante la década de 1930 por C. L. Hull, E. C. Tolman, E. R. Guthrie y B. F. Skinner; los cuales a su vez se remontan a perspectivas esbozadas ya a comienzos del siglo XX, en particular el reflejo condicionada de I. Pavlov, la ley del efecto de E. Thorndike y el conductismo de J. B. Watson. Los principios de la teoría del aprendizaje se aplican en la terapia de la conducta a la génesis y al tratamiento de “perturbaciones”; los conceptos empleados son en principio los que corresponden a la conducta observable y los procesos se analizan con métodos análogos a los de los psicología empirico-experimental aunque, en los abordajes cognitivo conductuales se incluyen muchos aspectos no observables (Mahoney y Freeman, 1988).

Históricamente el término Terapia de la Conducta fue empleado por primera vez en los años 1953-1959 de manera independiente por J. Wolpe y cols, en Johannesburgo Sudáfrica, H. J. Eysenck en el Maudsley Hospital University of London y B. Skinner y cols. En la

Universidad de Harvard los cuales estaban sentando las bases para la futura terapia de la conducta (Lazaruz, 1980).

B. Skinner como teórico del condicionamiento operante en 1953 fue requerido por el Departamento de Investigaciones Navales de la Marina de los Estados Unidos para llevar a cabo una de las primeras investigaciones para determinar la aplicabilidad de las técnicas del condicionamiento operante al análisis experimental de los pacientes psicóticos. Tomando como base los principios del condicionamiento operante, los cuales son: conducta (Respuesta o respondiente- elicited behavior) en la que es observable el estímulo desencadenante y la conducta operante (emited behavior) una forma de reacción que sobreviene de manera espontánea y que el sujeto produce desde si. La investigación se llevó a cabo en el Laboratorio para la Investigación de la Conducta del Metropolitan State Hospital, Waltham Massachusetts y se le conoce bajo el nombre de Studies in Behavior Therapy (Estudios de Terapia Conductista). Basándose en los informes mimeografiados de estos estudios Wolpe atribuye a Skinner la introducción del término de Terapia Conductista (Lazaruz, 1980).

J. Wolpe por su parte elaboró su terapia basada en sus trabajos sobre neurosis experimentales con gatos en la que formuló el principio de inhibición recíproca que es la base de la técnica de la desensibilización sistemática y que consiste en que al estímulo provocador de ansiedad se le presenta una respuesta antagónica a la respuesta fisiológica que usualmente se presenta ante el estímulo, así los nexos existentes entre el estímulo provocador de ansiedad y la respuesta fisiológica se debilitan. El contracondicionamiento

existe cuando una respuesta condicionada es reemplazada por una respuesta nueva, de este modo queda asociada al estímulo original (Kriz, 1990).

En su trabajo clínico Wolpe empezó a experimentar con situaciones análogas a la situación animal en una amplia y fructífera generalización de dio cabida a los seres humanos y en lugar de limitarse a las situaciones reales utilizó la capacidad humana para imaginar situaciones y pudo así hacer presentes situaciones fóbicas para las personas en el consultorio (Goldfried y Davison, 1981).

H. J. Eysenck en 1959 utilizó el término Terapia Conductista en forma independiente para una ruptura definitiva con la línea de pensamiento psicoanalítico; sostuvo que las respuestas neuróticas se adquieren simplemente por el condicionamiento clásico. Afirmó que la psicoterapia desprovista de sus aspectos superficiales y no pertinentes, se puede considerar en la práctica una parte secundaria de la Terapia Conductista (Lazaruz, 1980).

Además de estos cabe considerar a otros abordajes que se separaron en las décadas de 1960 y 1970 a los cuales también se los puede incluir en la Terapia de la Conducta, en primer lugar A. Bandura y A. Lazaruz quienes introdujeron el término de aprendizaje de modelos a modo de ampliar los conceptos básicos de la Terapia de la Conducta y mucho más heterogénea resultó la integración de aspectos cognitivos; por una parte la terapia de A. T. Beck y por otra parte las teorías de M. J. Mahoney y D. H. Meichenbaum en las que se integraban de manera notable aspectos cognitivos y perspectivas diversas (Kriz, 1990).

Bandura y Walquer (1979) sostuvieron que la observación de una conducta exenta de angustia era apropiada para extinguir reacciones de angustia pero que todas las modalidades de conducta posibles se aprendían únicamente por la observación de la conducta correspondiente; sin embargo las investigaciones más conocidas de Bandura son las referidas al aprendizaje de modelos en relación con la terapia de la angustia. Sus estudios lo llevaron a concluir que: observar en vivo es mejor que hacerlo en una película, que es positiva una aproximación progresiva del modelo, es decir, que no este presente desde el comienzo una competencia total; que hace falta un contexto positivo y que lo más eficaz es el aprendizaje con participación guiada.

Kriz (1990) refiere que Bandura en su modelo explicativo distinguió tres procesos reguladores que influyen en la conducta: estímulos externos, procesos simbólicos internos y los procesos que dan refuerzo a reacciones.

Lazarus (1973) por su parte ha abogado por el eclecticismo técnico o práctico elaborando un esquema denominado BASIC ID en donde se clasifican los diversos ámbitos de afectación de la problemática de un sujeto. Las siglas de este esquema representan los siguientes ámbitos: B(Behavior, conducta), A(Afect, sentimientos) S(Sensation, sensación), I (Imagery, representación), C(Cognition, pensamiento), I(Interpersonal Relation, campo de las relaciones interpersonales), D(Drugs, problemas en relación con la salud, en general, del sujeto y específicamente su relación con ingestión de fármacos de cualquier tipo). Lazarus parte de la comprobación de que muy rara vez esta perturbado un solo ámbito y por lo tanto el terapeuta tiene que tomar en cuenta de continuo todos los aspectos.

Homme y Cautela desarrollaron técnicas que destacan el efecto modificador que sobre la conducta producen acciones, refuerzos y castigos imaginados. Homme partió del modelo del aprendizaje operante para la conducta autogobernada en la que se necesitaban castigos latentes (Covert) para una conducta indeseada (P.E dejar de fumar) y refuerzos positivos para su omisión o para reacciones alternativas a las cuales llamó “coverants”, forma abreviada de Covert Operants (Kriz, 1990).

Cautela por su parte desarrolló su técnica de la sensibilización latente bajo los mismos principios que Homme en el que los paciente tienen que imaginarse estímulos aversivos como castigo, por ejemplo en la conducta de fumar se presenta primero el deseo de fumar, la acción de tomar un cigarrillo, de encenderlo, de aspirar el humo y después imaginarse las fatales consecuencias de dicha conducta como estímulo aversivo. Con la misma intensidad que se imagina la conducta con refuerzo negativo, el paciente tiene que representarse una escena en la cual al renunciar a su conducta indeseada obtiene un refuerzo positivo (Cautela y Baron, 1977).

Salter por su parte se dedicó a desarrollo de técnicas que incrementan las habilidades sociales, como la conducta asertiva (Goldfried y Davison, 1981).

Zurrilla y Goldfried fueron los primeros en proponer la terapia para la solución de problemas, ellos plantean éste como un proceso de conducta manifiesta con componentes cognitivos (Mckay, Davis y Fanning, 1985).

A partir de las técnicas de autoinstrucción se comienzan a tomar en cuenta elementos no solamente conductuales manifiestos sino ligados a un estilo de pensamientos o diálogo interior redescubierto a partir del eclecticismo práctico.

El trabajo de A. T. Beck sobre depresión basado en la teoría cognitiva plantea que esta es una consecuencia de interpretaciones erróneas, negativas y perniciosas sobre los hechos de la vida o bien tratarse de autoimágenes negativas de experiencias objetivas. Beck catalogó estos pensamientos en su llamada triada cognitiva de la depresión, la cual consiste en una autoimagen negativa, es decir, los sujetos depresivos se consideran a sí mismos como incapacitados, derrotados, enfermos (autoimagen deteriorada); una interpretación negativa de las experiencias de la vida conciben a su mundo como lleno de obstáculos y carente de satisfacción y presentan además una visión nihilista del futuro, es decir, el futuro lo ven como desprovisto de gratificación y solo ven en él dolor y frustración (Beck y Hollon, 1979).

Según Beck y Hollon (1979) las perturbaciones emocionales provienen de las siguientes falacias:

-Personalización. Sucesos del mundo exterior son referidos a la persona sin justificación y de manera extrema adquiriendo una importancia selectiva.

-Pensamiento Polarizado. Es la tendencia a pensar según los extremos (bueno-malo, nunca-siempre, etc.) y no se tiene posibilidad de diferenciación.

-Abstracción Selectiva. Se aíslan ciertos aspectos de sucesos o situaciones atribuyéndoles un valor excesivo y en detrimento de otros se vuelven determinantes para el estado de la persona y sus acciones.

-Hipergeneralización. Algunos hechos o vivencias son indebidamente generalizados en enunciados universales.

-Exageración. Alteraciones o sucesos mínimos se perciben de manera desmesurada y adquieren una importancia indebida.

La Terapia Cognitiva es un enfoque cognitivo conductual diseñado para el tratamiento, identificación, evaluación y cambio de sistemas de creencias desadaptativos y estilos disfuncionales de procesar la información (Beck y Hollon, 1979).

Por otro lado Meichenbaum desarrolló técnicas de reestructuración cognitiva, en las cuales se entrena a los clientes a distinguir un hecho de la creencia y evaluar esta última a la manera en la cual un científico evaluaría una hipótesis. Según Meichenbaum (1977) el terapeuta puede prever y modificar lo que el cliente se dice a sí mismo, hecho que lleva a abrir un importante acceso a la modificación de la conducta.

Dividiendo el proceso de la terapia en tres fases que son: la estructuración conceptual del problema en la que se trata de introducirse en la naturaleza del problema del cliente, la puesta a prueba del esquema en la que el terapeuta ayuda al cliente a dilucidar la estructura conceptual de su problema, experimentarla y consolidarla; y por último la modificación de las autoenunciaciones y producción de modalidades nuevas de conducta. Es en esta fase en la que se introducen técnicas para modificar autoverbalizaciones y conductas.

La Terapia Racional Emotiva de A. Ellis por su parte, proporciona una serie de elementos teóricos y terapéuticos que pueden ser incluidos dentro del enfoque cognitivo conductual; siendo uno de los enfoques más completos y que tiene reportes muy positivos (Goldfried y Davison, 1981; Kriz, 1990).

#### 4.2 LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Albert Ellis elaboró su variedad terapéutica a comienzos de la década de 1950, exactamente en 1955 cuando estableció la Terapia Racional Emotiva (TRE) la cual retoma algunos principios de las escuelas estoicas de filosofía que parecen haberse originado hace poco más de 2000 años con la influencia del filósofo griego Epicteto de Hierópolis y el filósofo romano Marco Aurelio, esta filosofía apuntaba hacia la idea de que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica, es decir, el punto de vista de estos filósofos era que las personas no se alteran por las cosas o por los fenómenos en sí; sino por su visión de estos. En otras palabras es la visión u opinión sobre los fenómenos y objetos las que transforman y moldean las cogniciones y emociones.

Además del estoicismo otras corrientes de filosofía han tenido una importante participación en el desarrollo de la TRE por ejemplo, Immanuel Kant y sus ideas sobre el poder y limitaciones de la cognición e idealización; El trabajo de Spinoza, Shopenhauer y los filósofos de la ciencia como Popper, Reichenbach y Russell quienes proporcionan la idea de que todos los seres humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo (Dryden y Ellis, 1989).

Estos filósofos subrayan además la importancia de comprobar la validez de las hipótesis sobre la naturaleza del mundo, en lugar de asumir que necesariamente son correctas; hecho que retoma la TRE en su aplicación del método lógico-empírico de la ciencia. Hace también hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico, sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas (Ellis, 1980).

Por otra parte y a pesar de que la TRE está en desacuerdo con la devoción religiosa, su teoría del valor humano es similar al punto de vista cristiano de condenar al pecado pero perdonar al pecador; ya que está en contra de cualquier forma de valoración humana.

La TRE concuerda en muchos aspectos con la filosofía del humanismo ético, el cual niega que los hombres sean dioses o demonios. Se sustenta en la filosofía existencial de Heidegger y Tillich por considerar que los humanos están en el centro de su propio universo, pero no son el centro de todo el universo, otorgándole también el poder de elegir (Dryden y Ellis, 1989).

La TRE posee una marcada apariencia humanística existencial ya que recibió la influencia en los años 60's de la teoría de la Semántica General de Korzibzky, la cual subraya el gran efecto que el lenguaje tiene sobre el pensamiento y el hecho de que los procesos emocionales son muy dependientes de la manera en la que se estructura el pensamiento por medio del lenguaje que se emplea (Dryden y Ellis, 1989).

Para la creación de la TRE, Ellis recibió la influencia de psicólogos como Karen Horney, quien con su concepto sobre la tiranía de los deberes influyó en el énfasis sobre la

primacia del pensamiento evaluativo, dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas. Alfred Adler insistió en el estudio de los sentimientos de inferioridad de igual manera que la TRE ha insistido en el tema de la autoevaluación y la ansiedad que esta trae consigo. Al igual que Adler, Ellis se ocupó de los significados, valores, propósitos y metas de las personas; copia de Adler su interés en la enseñanza activa directiva, así como la importancia de lo social, lo humano, los conceptos holísticos y el empleo de tratamientos cognitivos y persuasivos (Dryden y Ellis, 1989).

De acuerdo con Dryden y Ellis (1989) en 1956 la Terapia Racional Emotiva fue presentada por primera vez durante la reunión anual de la Asociación Psicológica Norteamericana (APA) aunque en ese momento todavía no se le denominaba TRE sino Terapia Racional, ya para la década de 1960 Ellis eligió la denominación de Terapia Racional Emotiva otorgándole más relieve a los procesos emocionales; esto gracias a la influencia de Rogers y terapeutas gestálticos y psicoanalistas.

Por otro lado, Ellis junto con Eysenck se aliaron en la crítica hacia el psicoanálisis escribiendo manuales y artículos que resaltaban la trascendencia de la TRE, hecho que la favoreció para llegar a ser considerada como un modelo de psicoterapia.

Hacia finales de 1960, Ellis publicó "Razón y Emoción en Psicoterapia" su primer obra importante acerca de la TRE. Por otra parte cuando Ellis y Grieger escribieron un manual sobre esta variedad terapéutica en 1976 afirmaron que la TRE se había establecido,

siendo considerada a partir de entonces como una de las principales variedades terapéuticas (Ellis y Grieger, 1981).

Es a partir de esos años cuando la TRE se va consolidando y adquiere gran relieve e importancia, hecho que no se debe solamente a sus sólidos fundamentos filosóficos, también por los resultados positivos que con ella se obtienen.

La TRE es un sistema terapéutico que está basado en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la fluidez de la existencia humana, es ante todo filosófica, interpretativa y racional. Se centra particularmente en el trabajo activo y en la formación emotiva. Esta basado en un sistema teórico estructurado, el cual da una imagen racional a la variedad de técnicas específicas que parten de su firme perspectiva teórica (Ellis y Grieger, 1981).

De acuerdo con la teoría de la TRE, Ellis y Abrahms (1989) afirman que los hombres son más felices cuando se proponen metas y propósitos importantes en la vida y se esfuerzan por alcanzarlos; ya en el establecimiento y persecución de estas metas las personas tienen mayor conciencia de vivir en un mundo social en el que se colocan en primer lugar, pero se pone a los otros en un lugar muy cercano.

La TRE como aproximación cognitivo conductual y humanístico existencial se ocupa de los problemas humanos y de sus soluciones prestando gran atención a las conductas, emociones y evaluaciones de las personas. Es sobre todo racional y científica; pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio del hombre para que éste viva feliz, es

hedonista pero combina hedonismo de corto y largo alcance de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer presente así como del futuro y puedan conseguir el máximo de libertad y disciplina.

La TRE plantea la hipótesis de que no existe nada super humano, ya que explica que esta creencia fomenta la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales; así mismo afirma que ningún ser humano por más defectos que tenga se le puede catalogar, condenar o tratar como subhumano.

Para la TRE posee una gran importancia en desear o elegir, pero también acepta que algunas conductas están en parte fuertemente determinadas por lo biológico, lo social y otras fuerzas.

De acuerdo con Ellis (1980) existe una interacción entre los procesos psicológicos como las cogniciones, emociones y conductas; ya que estas no se experimentan en forma aislada e insiste en la naturaleza inferencial de los acontecimientos, ya que la manera en que se perciben los hechos interactúa con la evaluación cognitiva afectando los aspectos emocional y conductual.

La TRE intenta ser práctica y realista poniendo énfasis la autodirección y autodisciplina, guiando a los individuos hacia un interés vital y profundo para adquirir una actitud de resolución de problemas con trabajo y práctica. Siendo el principal objetivo para la TRE que los sujetos estén realmente bien y no sólo que se sientan mejor. Para esto la TRE trabaja básicamente con creencias racionales e irracionales, que son las cogniciones

evaluativas de cada persona, las racionales son de tipo preferencial mientras que las irracionales son absolutistas y dogmáticas por naturaleza y se expresan en términos de: “tengo que...”, “debo de...”, “debería que...”, “estoy obligado a...”, etc.. Además son la base de las conductas disfuncionales ya que provocan emociones negativas e interfieren en la persecución y logro de metas. Las creencias racionales traen consigo sentimientos positivos de placer y satisfacción que se experimentan cuando las personas obtienen lo que desean; pero también se pueden experimentar los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción a los que también se les considera apropiados de acuerdo con los acontecimientos desencadenantes siempre y cuando no interfieran en la persecución de nuevas metas y objetivos; las creencias racionales son relativas y no impiden en que la persona alcance sus propósitos por lo cual son la base de los comportamientos funcionales (Dryden y Ellis, 1989).

Las creencias se forman de evaluaciones e inferencias, las cuales pueden ser evaluativas y no evaluativas; preferenciales o absolutas, positivas o negativas. Para aclarar estos términos se proporciona una pequeña definición de acuerdo con Dryden y Ellis (1989).

Las inferencias evaluativas y no evaluativas son hipótesis extraídas de las observaciones y pueden ser correctas o incorrectas. Estas no son evaluativas cuando no tienen relación con los objetivos y cuando sí la tienen se convierten en evaluativas.

Las evaluaciones preferenciales positivas son relativas y se refieren a lo que una persona evalúa como positivo y son clasificadas como racionales porque ayudan o favorecen el que una persona siga sus propósitos u objetivos básicos.

Las inferencias negativas absolutas van más allá de los datos que se tienen, son negativas porque tienden a sabotear los objetivos y metas personales; son absolutas porque se mantienen como una convicción dogmática.

Las inferencias positivas no absolutas son positivas porque son importantes para los objetivos y metas personales, son absolutas porque no se mantienen como convicción dogmática.

Las evaluaciones de obligación positivas son absolutas y dogmáticas, se refieren a lo que la persona evalúa como positivo de manera devota, son irracionales porque impiden el que la persona consiga el resto de sus objetivos, estas evaluaciones aunque positivas son totalmente exageradas.

Inferencias positivas absolutas son las que van más allá de los datos disponibles, son relevantes para conseguir los objetivos pero se mantienen como convicción dogmática estorbando a largo plazo.

Las evaluaciones preferenciales negativas son relativas y no absolutas refiriéndose a lo que la persona considera como negativo, son racionales porque favorecen el que la persona alcance sus metas.

Las inferencias negativas no absolutas van más allá de los datos disponibles, son relevantes para conseguir los objetivos y no se mantienen como convicción dogmática.

Y por último las evaluaciones de obligación negativas son absolutas y dogmáticas, se refieren a lo que la persona considera como negativo de manera devota, son irracionales ya que tienden a impedir la consecución de metas, al evaluar de esta manera las personas y las cosas son valoradas en forma negativa y totalmente exagerada.

Las personas pueden tener tanto creencias racionales como irracionales al mismo tiempo, los deseos pueden convertirse en exigencias y llegar a presentarse emociones negativas en lugar de positivas que entorpecen el que una persona alcance sus metas y propósitos; por ejemplo una emoción negativa apropiada es la inquietud y una emoción negativa inapropiada es la ansiedad, tristeza vs depresión, dolor vs culpabilidad, desilusión vs vergüenza, disgusto vs ira, etc. Todos estos sentimientos o emociones se diferencian en que mientras los primeros, aunque displacenteros, no impiden en que una persona alcance sus metas o persiga otras, en tanto que los otros además de ser emociones fuertemente desagradables impiden o entorpecen a los fines y metas del individuo (Ellis y Abrahms, 1989).

La autoaceptación incondicional puede hacer la diferencia entre estos sentimientos, se refiere a que es necesario que el individuo se acepte incondicionalmente sin depender de que se comporte o no inteligente, correcta y competentemente; ni de que los demás lo acepten, respeten o amen. Parte de la premisa de que valorar a alguien resulta ilógico,

ineficaz, se sobre generaliza, provoca intolerancia y falta de respeto a las personas y a sus derechos (Ellis y Grieger, 1981). Además de que dar una valoración global y exacta sobre un ser humano es imposible, porque el hombre no es una cosa o un objeto sino un proceso; las características por las que una persona puede ser evaluada no tienen una escala absoluta para ser juzgadas, el medir a un ser humano es una forma de pensamiento circular; ya que todas las cualidades del hombre son diferentes.

En fin, valorar a un ser humano solo es posible en el sentido de que el hombre vale porque decide permanecer vivo y valorar su existencia, además de que independientemente de lo que haga una persona eso no significa que él sea una actitud ó una conducta; ya que el hacer es diferente de ser (Bartolomé, 1980).

Por otra parte los insights en la TRE no se manejan de la misma manera que en otras corrientes, sino que se utiliza el término para referirse a que el paciente se da cuenta o note lo irracional de su conducta, sentimientos y pensamientos.

En la TRE se plantean cinco insights; pero esto no quiere decir que se trate de fenómenos separados, sino que cada uno de estos es dependiente del otro se les separa de esta forma con el único propósito de hacer más fácil su comprensión (Dryden y Ellis, 1989).

El insight uno consiste en que el paciente se dé cuenta de que por sí mismo ha elegido trastornarse por los acontecimientos desagradables de su vida, a pesar de que le

hallan estimulado a ello los hechos externos y el aprendizaje social, es decir, que cuando sucede algo desagradable o frustrante, consciente o inconscientemente, se selecciona el creer racional o irracionalmente, puede llevar experimentar sentimientos funcionales (pena, tristeza) o sentimientos disfuncionales (ansiedad, depresión). Se trata de reconocer que la conducta neurótica puede tener causas anteriores; pero que se perpetúa en el presente por decisión propia.

El insight dos se establece cuando el paciente acepta que no importa ni cuándo, ni cómo, ni dónde haya adquirido sus creencias irracionales y sus hábitos autosaboteadores; sino que en el presente es él quien elige mantenerlos y perturbarse por ellos. Es necesario que llegue a comprender que la razón por la cual las causas originales de sus perturbaciones todavía lo trastornan es porque aún creé en las ideas o creencias irracionales adquiridas anteriormente y continúa repitiendo interminablemente, siendo que lo que realmente lo perturba en el presente es su filosofía actual.

El insight tres se presenta cuando el paciente se da cuenta de que no existe ninguna forma mágica para cambiar la personalidad y la tendencia a trastornarse innecesariamente; sino que el cambiar requiere de trabajo, de práctica continua y persistente, de observar, cuestionar y rebatir el sistema de creencias irracionales por medio de una activa contrapropaganda verbal y motora.

Por otra parte el insight cuatro o intelectual consiste en el reconocimiento de que una creencia irracional, con frecuencia conduce a una perturbación emocional y a una

disfunción conductual y que por otro lado una creencia racional favorece la salud emocional.

Y el insight cinco o emocional es la creencia fuerte y mantenida de que una idea irracional es disfuncional y una racional es sana.

Otro tema fundamental en la TRE es la sistematización de la práctica terapéutica cuyas etapas se denominan ABCDE y son definidos de la siguiente manera (Ellis, 1980; Ellis y Abrahms, 1989; Dryden y Ellis, 1988).

**Activador o desencadenante.** Los A's pueden ser acontecimientos comunes o conductas, pensamientos o sentimientos de la persona ante los hechos, pero que están inmersos en recuerdos o pensamientos de experiencias pasadas los A's no existen en estado puro, casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de B y C, además cada individuo pone algo de sí mismo como metas, deseos, pensamientos y tendencias en los A's que los hacen ser significativos para la persona. La gente intenta alcanzar sus objetivos enfrentándose a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores que pueden ayudar a conseguir los objetivos o por el contrario obstaculizarlos.

**Belief (creencia).** Las creencias que tienen los seres humanos son incontables cogniciones, pensamientos e ideas sobre sus acontecimientos activadores y estas creencias ejercen una fuerte influencia en sus consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales. Aunque parezca que los activadores son la causa directa de las consecuencias esto casi nunca es verdad; porque las creencias actúan como mediadores

entre los activadores y las consecuencias, de esta forma las creencias son la causa o las que crean de manera más directa las consecuencias; ya que los activadores se analizan desde un punto de vista particular, se juzga y se experimentan a la luz de creencias sesgadas. Las creencias toman diferentes formas ya que cada persona tiene cogniciones muy diversas.

Consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales que siguen a la interacción entre A y B, las C's están casi siempre influenciadas, pero no son causadas directamente por A. Cuando A tiene mucha fuerza puede afectar profundamente en C, por otra parte cuando las consecuencias consisten en una alteración emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio y autocompasión) la causante más directa suelen ser las creencias (B). Las C's suelen ser sentimientos o conductas pero también puede tratarse de pensamientos, las C's que siguen a A y B no son puras sino que se mezclan e interactúan unas con otras.

Los A,B Y C están en una relación continua y no se presentan límites estrictamente marcados, su relación es intrínseca y ninguna de ellas puede existir sin las otras.

Discutir, debatir, distinguir, definir es la parte medular de la Terapia Racional Emotiva, sobre todo de las estrategias de intervención que en estas emplean; se basa en el método lógico empírico de cuestionar científicamente. Las preguntas más comúnmente empleadas para discutir sobre las ideas y creencias irracionales son: ¿Qué evidencia tiene para...?, ¿En qué se basa para...?, ¿Qué le hace ser así...?; que son preguntas retóricas propuestas para discutir y deshacer la creencia falsa, se toman las hipótesis poco sólidas y se las discute activa y vigorosamente hasta que caen o se mantienen. El debate implica una

discusión interna entre las creencias racionales e irracionales cuyo propósito es el de destruir o minimizar a las irracionales.

Distinguir consiste en hallar las diferencias claras que existen entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos y las demandas; mostrando los aspectos positivos o negativos de un comportamiento notando los resultados deseables e indeseables, diferenciando además las conclusiones lógicas de las ilógicas.

Definir se refiere, precisamente, a la definición semántica y correcta que ayuda a la redefinición para evitar la sobregeneralización y mantenerse más cerca de la realidad.

Efecto es el resultado final de la Terapia Racional Emotiva y su objetivo último, consiste en obtener una nueva filosofía que capacite a pensar semiautomáticamente sobre sí misma, sobre los demás, sobre el mundo y el futuro de una forma más sensata.

En una alteración psicológica influyen tanto la tendencia biológica hacia la irracionalidad como las variables ambientales; pero es verdad que también se posee la capacidad de elegir y trabajar sobre las experiencias. Lo que define el que una persona se halle alterada en el presente es que lleva su habilidad de perturbación a sus experiencias (Ellis, 1980).

Los problemas se mantienen por las teorías ingenuas sobre la naturaleza de estos hechos y a los hechos a los cuales son atribuidos; la principal razón por la que la gente

perpetúa sus problemas psicológicos es porque se adhieren a una filosofía de baja tolerancia a la frustración y al hedonismo de corto alcance (Ellis y Harper, 1962).

Las hipótesis clínicas en las que se sustenta la TRE son 32 las cuales han sido corroboradas a través de diversos estudios referidos por Ellis y Grieger (1981) y son las siguientes:

1. El pensamiento crea emoción.- Las emociones y las conductas de gente no surgen únicamente del ambiente, surgen también de los pensamientos, creencias y actitudes con respecto al ambiente.
2. Los procesos semánticos y las autodeclaraciones afectan la conducta.- La gente habla consigo misma, las cosas que se dice y la manera en la que lo hace afectan a su manera de comportarse y algunas veces la conducirán a perturbarse emocionalmente.
3. Los estados de ánimo dependen de la cognición, es decir de la forma significativa de las cosas que la gente cree y de lo que se dice a sí mismo.
4. La conciencia, el insight y el automonitoreo afectan la conducta.- De acuerdo a esto los seres humanos no sólo tienen la capacidad de pensar, también pueden pensar acerca de sus pensamientos y pensar acerca de pensar sobre sus pensamientos y estos procesos cognitivos acerca de su propio comportamiento pueden alterarlo notablemente.
5. La imaginación y la fantasía pueden cambiar la emoción y el comportamiento.- Es claro que las personas no solamente representan su mundo en forma verbal, también

- lo hacen de manera no verbal, en forma gráfica, en imágenes, fantasías, sueños y otros tipos de representaciones pictóricas
6. La cognición, la emoción y la conducta están íntimamente relacionadas, no son entidades separadas sino que se afectan unas a otras.
  7. Las cogniciones afectan los procesos de retroalimentación biológica y de control fisiológico.
  8. Existen influencias innatas sobre la emoción y la conducta.
  9. Las expectativas influyen en la conducta.
  10. El locus de control particular influye sobre las emociones y la conducta.
  11. Los errores de atribución influyen sobre las emociones y la conducta.
  12. Los seres humanos tienen una tendencia innata y adquirida a pensar irracionalmente.
  13. Los humanos tienden a autoevaluar sus conductas como extremadamente buenas o totalmente malas.
  14. La defensa cognitiva depende de la autocondena; así como cuando las personas perciben su conducta como mala o equivocada y se rehusan a reconocer ante sí mismos o ante los demás que pensaron de mala manera puesto que para ellos mismos son malos.
  15. Los seres humanos tienen una tendencia a la baja tolerancia a la frustración porque se prefiere hacer cosas que parecen fáciles aunque tengan resultados desagradables en el futuro.
  16. La anticipación de la amenaza a menudo media la perturbación emocional puesto que la gente no sólo reacciona a la amenaza real, sino que se puede atemorizar y experimentar ansiedad aún cuando no exista peligro.

17. La terapia activo-directiva es más útil que la terapia pasiva.
18. La disputa y la persuasión por parte del terapeuta son herramientas necesarias y útiles.
19. La psicoterapia efectiva incluye la asignación de tareas que interrumpan o contradigan la conducta disfunciones.
20. El insulto y la intención percibidas causan un cambio conducta.
21. La abreacción de las emociones negativas no es muy terapéutico. Estas abreacciones o catarsis emocionales son varias formas de expresar coraje, hostilidad, resentimiento, furia, agresión, etc. Que pueden tener efectos paliativos pero no curativos.
22. La gente tiene la elección de un cambio conductual.
23. Los métodos cognitivo-conductuales de autocontrol son efectivos.
24. El entrenamiento con situaciones de estrés y amenaza dependen de la autopercepción.
25. El humor y la distracción tienen valor terapéutico.
26. La educación y la información juegan un rol importante en la terapia.
27. La sugestión y la autosugestión hipnótica influyen fuertemente sobre la conducta.
28. El modelamiento y la imitación producen un cambio conductual.
29. El incremento de la capacidad par resolver problemas es terapéutica.
30. La representación de roles y la práctica conductual es efectiva y tienen elementos cognitivos.
31. El entrenamiento de habilidades puede tener efectividad terapéutica.
32. Existen diferencias significativas entre la TRE y otros enfoques terapéuticos.

De acuerdo a la Terapia Racional Emotiva en el hombre se presentan dos tendencias biológicas básicas, la primera es la tendencia biológica hacia la irracionalidad ésta idea está apoyada de acuerdo con Dryden y Ellis (1989) en que todos los seres humanos tienen pensamientos “retorcidos”, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad porque a pesar de esta educación potencialmente todos los seres humanos podrían convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a sí mismos, a los demás y al mundo que les rodea.

La segunda tendencia biológica básica está destinada a ejercitar la capacidad de elección y trabajar contra el pensamiento irracional poseyendo la habilidad de darse cuenta de que se puede cambiar la visión irracional con la que se autotranstorna puede también trabajar para cambiar su pensamiento irracional y lo más importante es que posee la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento mediante la aplicación de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.

Según Ellis (1980) a pesar de que los seres humanos posean la tendencia biológica básica hacia la irracionalidad también se posee la tendencia hacia el trabajo. Por lo tanto se tiene la posibilidad de escoger y trabajar para trascender a la primera demostrado con esto que la imagen que la TRE tiene del hombre es bastante optimista.

Las creencias son irracionales cuando impiden u obstaculizan el que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Aún cuanto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana la TRE adopta una posición antiabsolutista únicamente

ofrece una posibilidad de concebirla a través de los DEBES Y TIENES QUE; pero no afirma de manera autoritaria que esto ocurra así.

La primera derivación de las creencias absolutistas es el Tremendismo, que ocurre cuando al percibir un suceso se valora como malo en más de cien por ciento.

A la segunda derivación importante Dryden y Ellis (1989) la denominan No Soportantis, que significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca y bajo ninguna condición en el caso de que un acontecimiento que “no debe pasar” ocurra o amenace con ocurrir se percibe entonces como insoportable o intolerable.

La tercera derivación es la de la Condena, se refiere a la tendencia que posee el ser humano de clasificarse a sí mismo, o a otros, como subhumano o inservible si hace algo que no debe hacer.

Estas tres derivaciones se consideran secundarias ya que se generan de una filosofía de obligaciones a partir de la cual nacen los pensamientos irracionales que proceden de los debes y tienes; algunos de los más frecuentes son:

- Todo o nada.
- Salto a las conclusiones negativas.
- Adivinar el futuro.
- Fijar la atención en lo negativo.
- Siempre y nunca.
- Minimización.

- Razonamiento emocional.
- Etiquetar y sobregeneralizar.
- Personalizar.
- Estafa.
- Perfeccionismo.

Los incondicionales “Debo y tengo que” parecen constituirse en el centro de las creencias irracionales que conducen a las personas a alterarse emocionalmente. (Huber y Baruth, 1991).

#### *4.3 IDEAS IRRACIONALES*

Ellis (1980) resume estas descripciones en once, principales, ideas irracionales:

1. **ACEPTACION.** La idea de que es una necesidad imperiosa para el ser humano adulto ser amado o aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad y en casi todo lo que hace. Esta idea es irracional por lo siguiente: es prácticamente imposible el ser estimado por todos, ya que es inevitable que la gente no prefiera a alguna persona por sus propios prejuicios o porque en realidad lo son indiferentes. A la vez que las personas se preocupan por ser amadas se empiezan también a preguntar en que medida y por cuanto tiempo lo serán, siendo ésta clase de pensamientos los creadores de una gran angustia. Esforzándose demasiado por ser estimado significa vivir por lo que los otros piensan y no por metas y objetivos propios; en la búsqueda de aprobación y de amor los individuos tienden a encubrir sentimientos de indignidad sin hacer nada por bastarse a sí mismos. Decir que uno

no necesita ser amado no es lo mismo que decir que no interesa para nada el amor, ya que prácticamente todos los seres humanos desean y prefieren la estimación y el amor de la gente significativa para ellos porque se obtiene una gran satisfacción al conseguirlos; pero desear y preferir es muy diferente a necesitar y demandar.

2. *AUTOEXIGENCIAS.* Uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles. Esta idea es absurda porque nadie es completamente perfecto y competente; al aferrarse a esta creencia se llegan a experimentar decepciones y malestar. Detrás de esta idea se encuentra la convicción errónea de que el valor del ser humano depende de sus realizaciones, idea que es totalmente absurda y que solo trae consigo un enorme miedo a fracasar en una tarea o actividad. Esta lucha constante por el triunfo generalmente refleja la necesidad de superar a los otros, de demostrar que se es tan bueno o mejor que los demás; los que están obsesionados por la realización se esfuerzan más allá de sus límites siendo probable que se cometan errores por la autopresión que la persona se impone o bien puede suceder que la persona se niegue a emprender nuevos proyectos por el miedo a equivocarse; resultando no solo una predisposición hacia el fracaso sino un temor irracional al mismo. Todo esto no significa que no sea importante, deseable o positivo que las cosas se hagan bien puesto que frecuentemente cuando las cosas se hacen bien se tienen ciertos privilegios y satisfacciones; pero este pensamiento causa malestar cuando la competencia y la eficacia se elevan a la categoría de necesidad ya que es más racional el buscar la satisfacción en la actividad que se realiza y no la perfección.

3. *ETIQUETAS*. Ciertas personas son malas, malvadas, viles o inferiores y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus defectos, pecados o malas acciones. Esta idea se deriva de la vieja doctrina teológica de la libre voluntad y cualquier científico tiene argumento de sobra contra esta teoría, además esta basada en un concepto absolutista de la moral y los psicólogos, sociólogos y antropólogos han demostrado que esta noción es relativa y no absoluta. Decir que alguien es malo porque ha cometido un acto malo es confundir a la persona con sus actos.
  
4. *REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION*. Es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera en que uno quisiera que marcharan. Es agradable que determinadas situaciones o gentes fueran de otra forma o que uno tuviera lo que espera de la vida en lugar de lo que en realidad tiene pero esto no es razón suficiente para que la persona se frustre cuando no es así; el abatirse por las circunstancias de la vida no ayuda a mejorarlas, cuando las cosas no se pueden cambiar lo mejor es aceptar las cosas y las personas como son. El que ciertas condiciones o personas no agraden es razonable, pero sentirse seriamente afectado por éstas es absurdo.
  
5. *LOCUS DE CONTROL EXTERNO*. La desdicha humana tiene causa externa y el individuo es poco o nada capaz de controlar sus aflicciones o liberarse de sus sentimientos negativos. Esta idea es discutible porque los sucesos exteriores solo pueden dañar de manera física, el dolor emocional o psicológico es autoinfligido, es decir, los ataques verbales, las actitudes o gestos tienen una capacidad mínima de hacer daño, a no ser que el mismo sujeto se deje dañar o se perjudique a si mismo con lo que se dice acerca de esas actitudes o gestos. Los acontecimientos suelen

afectar en la medida en la que se los califica, por ejemplo si un acontecimiento x se evalúa como algo molesto o catastrófico en lugar de verlo simplemente como algo molesto o desagradable; las cosas llegarán a ser terribles porque el individuo la está haciendo ser así a través de la evaluación que hace del evento. El hecho de que los pensamientos median la emoción de manera importante deja gran parte de la decisión sobre lo que se hace y lo que se siente.

6. *APREHENSION O PREOCUPACION.* Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe preocuparse terriblemente por ello y debe sentirse terriblemente inquieto. Esta idea de la preocupación es incoherente porque aunque es razonable prever la posibilidad de un peligro las dos opciones que se tienen es hacer algo práctico para evitar éste o afrontarlo, ya que el angustiarse no resuelve el problema y tampoco tiene la posibilidad de desaparecerlo. Por otro lado cuando se está muy preocupado o angustiado por una situación amenazante se suele dificultar el hacer una evaluación objetiva del evento, para ver si el riesgo es real o exagerado. La ansiedad o preocupación constante ante un evento amenazante no solo no evita que suceda, sino que pueda contribuir a su aparición o puede impedir el afrontarla con eficacia.
  
7. *HEDONISMO.* Es más fácil rehuir de las dificultades de la vida que afrontar ciertas responsabilidades en la vida. El hedonismo de corto alcance o la evitación de responsabilidades es necia porque al elegir el camino fácil pocas veces se toman en cuenta las consecuencias que a largo plazo trae esta decisión y generalmente cuando se elige un placer momentáneo se oculta un gran temor al fracaso, además la

elección del camino fácil impide el alcance de satisfacción y placer a largo plazo y asegura ansiedad.

8. *DEPENDENCIA*. La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar. Aunque es verdad que al vivir en sociedad la gente depende de los demás en alguna medida, no hay razón para que esta dependencia sea excesiva. Si alguien depende de los demás para sentirse seguro más que ganar pierde seguridad, ya que la única seguridad real que se puede tener es la de saber que a pesar de los errores la persona aprende y crece con ellos. Depender y apoyarse en los demás en un tanto positivo mientras esta dependencia no sea exagerada o excesiva ya que de esta manera sólo se disminuye la confianza y se aumenta la ansiedad por sentirse a merced de fuerzas y personas externas.
  
9. *DETERMINISMO DEL PASADO*. La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente. Esta idea del determinismo del pasado es ilógica porque si alguien permite una influencia excesiva de su historia pasada comete el error lógico de la sobregeneralización porque las condiciones de la vida cambian de continuo; si alguien se encuentra bajo una fuerte influencia del pasado es casi seguro que esté descuidando su presente sin buscar soluciones presentes para su problema actual. Las llamadas influencias del pasado pueden llegar a utilizarse como una excusa para evitar un cambio en el presente; sin embargo aunque parezca difícil cambiar ciertas actitudes o conductas que se encuentran arraigadas esto no significa que el cambio sea imposible.

10. *PREOCUPACION POR LOS OTROS.* La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás, esta idea es falsa puesto que los problemas del resto de la gente tienen poco o nada que ver con uno mismo y no existe razón alguna para sentirnos preocupados cuando alguien es u opina de manera diferente a la personal. Esta idea está relacionada con la necesidad de aceptación y permite que al ocuparse de los demás las actitudes, pensamientos y actividades personales se vean descuidadas. Y puesto que no se puede cambiar a los demás, lo que se puede hacer es tratar de hacerles ver de forma objetiva y tranquila sus errores y ayudarles con cariño en sus obstáculos y dificultades sin que se provoque un enojo al tratar de mejorar una situación sobre la cual no se posee control alguno.

11. *BUSQUEDA DE SOLUCIONES IDEALES.* Y por último la idea de que invariablemente exista una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si ésta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe. La idea de que existen soluciones ideales es ilógica porque se vive en un mundo incierto y de probabilidades, por lo que la persona razonable no puede basar su seguridad en fuerzas o sucesos externos que no está en sus manos controlar; la búsqueda de seguridad, control o manipulación sobre los demás para que se porten de acuerdo a las propias expectativas y deseos solo produce malestar por lo que es más razonable aceptar la realidad.

En el libro "Razón y Emoción en Psicoterapia" (Ellas, 1980) se presentan una serie de argumentos por los cuales cada una de estas ideas son ilógicas y no tienen base científica y por el contrario causan la mayoría de los malestares psicológicos. De una manera sencilla se presentan las alternativas racionales a esta clase de ideas con el fin de que al descubrirse este tipo de pensamiento irracional también se tengan argumentos para cambiarlos por una manera más racional de pensar y percibir las cosas que suceden.

A diferencia del pensar irracionalmente el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es su filosofía del relativismo o del deseo, esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc. . Que mientras que no se conviertan estos valores relativos en dogmas las personas no presentarán una alteración psicológica. Estas emociones tienen una motivación constructiva en el sentido que ayudan a que las personas superen los obstáculos para seguir sus metas ayudándolos a adaptarse positivamente aún cuando sus deseos no se cumplan

Evaluar o analizar lo negativo es la alternativa racional al tremendismo, si una persona no consigue lo que quiere reconoce que no es lo que deseaba pero no piensa que él tendría que haber conseguido lo que quería.

Tolerancia es la alternativa racional al no soportantis, el individuo es capaz de reconocer que si ha sucedido o puede suceder un acontecimiento que no desea que ocurra puede situar el acontecimiento en un punto del continuo mal, procura cambiar el acontecimiento indeseable o aceptar la cruda realidad si no se la puede modificar empieza a perseguir activamente otras metas en el caso de que no pueda cambiar la situación.

Aceptación es la alternativa racional a la condena, el individuo puede aceptar que él mismo y los demás seres humanos pueden fallar ya que tienen limitaciones y todos los hombres son demasiado complejos como para poderlos clasificar. Se aceptan las condiciones de la vida tal y como son, se reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a ciertas leyes que a menudo escapan del control humano.

En la Terapia Racional Emotiva se han empleado trece criterios que describen como es una persona que posee salud psicológica (Dryden y Ellis, 1989). El primero de estos es que el sujeto posee interés en sí mismo, esto quiere decir que suele interesarse en primer lugar por sí mismo y es capaz de colocar sus propios intereses un poco por encima de los demás. Después posee un interés social, racional y positivo ya que ha optado por vivir y divertirse en determinada comunidad con ciertas reglas y derechos. En tercer lugar la gente psicológicamente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás, es decir, posee autodirección. Posee una alta tolerancia la frustración, suele tener ideas flexibles, es abierta al cambio, no es fanática de sus creencias y de su opiniones, no dicta reglas fijas y rígidas para sí mismo ni para los demás. Se compromete en ocupaciones creativas, acepta la incertidumbre de vivir en un mundo de continuo cambio. Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales, se aceptan a sí mismas tan solo por el hecho de estar vivas, esta gente es capaz de arriesgarse y hacer lo que prenda incluso cuando las posibilidades de fracaso son altas. Tienden además a emplear el hedonismo de larga duración ya que aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero del momento. Esta gente acepta además el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que

tal vez no alcancen todo lo que pretenden ni puedan evitar por completo el dolor. Y por último la gente psicológicamente sana posee la propia responsabilidad de sus alteraciones sociales por sus conductas, pensamientos y sentimientos autodestructivos.

De acuerdo con el modelo de la terapia Racional Emotiva sería preferible que los individuos experimentaran una reestructuración fisiológica profunda pero desafortunadamente no en todas las personas se puede lograr por lo que se opta por desglosar los objetivos (Ellis y Harper, 1962).

El objetivo principal sería adoptar una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general, para posteriormente cambiar las exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta.

Pero cuando esto no es posible conseguirlo de manera directa se puede optar por modificar los eventos activantes de ser posible o cambiar las inferencias distorsionadas de la situación. De manera tal que se pueda conseguir un cambio filosófico a través de un cambio de conducta (Ellis y Harper, 1962; Dryden y Ellis, 1989).

Por otra parte la Terapia Racional Emotiva sigue un procedimiento, esto no significa que todas las veces y todos los terapeutas lo sigan de una manera estricta, más bien son los lineamientos que se siguen en la terapia con el propósito de unificar un poco criterios para emplear la TRE.

En general el procedimiento se describe de la siguiente manera: primero se identifican las creencias irracionales, sobre todo los debo y tengo que, el tremendismo, el no soportantis, y la condena; para lo cual se pueden emplear el Formulario de Datos de la Personalidad (Dryden y Ellis, 1989) así como El Test sobre Ideas Irracionales (Jones, 1968) o bien una entrevista activo directiva a través de la cual el terapeuta puede detectar las principales ideas irracionales que el cliente presenta, ya que es a partir de éstas de las que se derivan sus trastornos que pueden abandonarse si también se rompe con la filosofía dogmática y absolutista desterrando el pasado y viviendo en el presente.

Se pretende establecer también en el paciente la responsabilidad personal sobre sus emociones y conductas, asumiendo que las perturbaciones psicológicas se las crea uno mismo y que si bien las condiciones ambientales pueden contribuir su papel es secundario.

Posteriormente se instruye a la persona sobre las principales concepciones irracionales que ya han sido mencionadas dado las alternativas racionales a estas para sustituir los patrones de pensamiento irracional, diferenciando las creencias irracionales de las racionales.

Se ofrece también capacitar al paciente para que por si mismo pueda cambiar su pensamiento irracional, demostrando sus fallas lógicas, encontrando argumentos racionales y cambiar las emociones perturbadas, es decir, refutar las creencias irracionales con métodos lógico-empíricos. Ambos, terapeuta y paciente, trabajan en este cambio.

El paciente puede interiorizar las creencias racionales empleando métodos de cambio emotivos, cognitivos y conductuales, y así continuar con el proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y utilizar las herramientas multimodales que se le han brindado cada vez que las requiera para el resto de su vida.

Durante la terapia el terapeuta puede utilizar diferentes técnicas para conseguir el cambio fisiológico que se desea en el cliente, las técnicas a utilizar pueden ser emotivas, conductuales o cognitivas. Las técnicas emotivas se emplean para que el paciente obtenga una actitud emocional de aceptación incondicional, están ideadas de tal manera que pueda enfrentar sus ideas irracionales y sus sentimientos, por ejemplo se invita al paciente a emplear las palabras y frases correctas y asertivamente, se hace uso del humor, desempeño de roles además el empleo de imágenes racional emotivas (Goodman y Maultsby, 1978).

Las técnicas conductuales pretenden que el paciente aumente su nivel de tolerancia a la frustración para lo cual se utilizan técnicas como el condicionamiento operante y de autocontrol, ejercicios antiprocastinación, recompensas y castigos, de rol fijo, entrenamiento de habilidades y destrezas, control de estímulos, además de métodos implosivos y de relajación, etc. (Ellis y Grieger, 1981).

El importante papel que desempeña la cognición en los asuntos humanos hace que también sea indispensable para lograr un cambio filosófico profundo que se modifique o reestructure sus creencias o pensamientos para lo cual la Terapia Racional Emotiva utiliza técnicas como la sugestión, la autosugestión, la interpretación de defensas, presentación de elecciones y acciones alternativas, presentación semántica, terapia de reatribución, empleo

del humor y la intención paradójica, además de imágenes racional emotivas entre muchas otras (Ellis y Abrahms, 1989).

El pensamiento humano se ve distorsionado parcialmente a causa de las imprecisiones del lenguaje y de manera reciproca el empleo de un lenguaje impreciso es consecuencia de un pensamiento distorsionado por lo que es necesario que el terapeuta ayude al paciente a adquirir precisión semántica y cambiar radicalmente sus creencias irracionales por ejemplo se puede decir difícil en lugar de imposible, la mayor parte por siempre, inconveniente en lugar de terrible, etc. Dándole a estas frases su sustento filosófico, lógico y dialéctico.

La Terapia Racional Emotiva señala que los comportamientos están determinados por múltiples factores y por lo tanto los clientes con fuertes predisposiciones biológicas a un problema específico habrán de trabajar más duro para minimizar esta influencia ayudándose de factores psicosociales.

Ellis et al. (1992) en su experiencia con alcohólicos y toxicómanos afirma que la psicoterapia más tradicional se ha construido sobre la idea de que el alcoholismo y la drogodependencia está causada por problemas subyacentes de personalidad cuando podría parecer que muchos problemas de personalidad son resultado y no causa del alcoholismo por lo cual plantea que el terapeuta racional emotivo se centrará primero en las creencias que crean y mantienen su adicción y después se abordarán los problemas de conducta a medida que éstos mejoran.

Los patrones de comportamiento alterados que constituyen una personalidad adictiva se manifestarán en pensamientos irracionales por lo cual es necesario trabajar sobre estos, siendo que las creencias irracionales que llevan a la baja tolerancia a la frustración están especialmente presentes en las adicciones (Ellis et al. , 1992).

Ellis et al. , (1992) ha definido el estado afectivo denominado ansiedad por el malestar o alteración por el malestar como la ansiedad que se presenta anticipadamente al dolor, malestar o dolor, el malestar o el desagrado van a ser insoportables y que se es incapaz de tolerarlos, esta creencia aparece casi siempre en las personas que tienen problemas de adicción.

La baja tolerancia a la frustración de la abstinencia se presenta en la mayoría de las personas que presentan problemas para el control del impulso, independientemente de la sustancia o acción a la que sean adictos. La decisión de no consumir la sustancia adictiva deseada es el acontecimiento activador en el modelo ABC, la privación que resulta de esta decisión de abstinencia viene seguida por una baja tolerancia a la gustación arraigada en creencias irracionales; siendo muy importante e hablar con los clientes o pacientes acerca de lo que sienten cuando se privan de la adicción para poder continuar con un tratamiento en el cual se modifiquen las creencias que subyacen al patrón de baja tolerancia a la frustración. El tabaquismo o la adicción al tabaco tiene este patrón común de afrontamiento (Digiuseppe y McInerney, 1990).

Los clientes deben practicar sus habilidades de afrontamiento cuando se sienten trastornados y según la Teoría Racional Emotiva las personas con estos trastornos adictivos se niegan a permitirse a si mismos experimentar el malestar durante el tiempo suficiente para aprender estrategias efectivas de afrontamiento. De hecho la perturbación emocional que se experimenta en el punto C del modelo ABC de la TRE, se convierte en el acontecimiento activador para un nuevo marco de creencias irracionales y un nuevo problema emocional; la TRE denomina este proceso de malestar como estrés del síntoma o alteración emocional secundaria en la cual se piensa irracionalmente sobre la misma perturbación (Ellis et. al, 1992).

Los sujetos con problemas de adicción pueden evitar su ansiedad por el malestar disputando las creencias irracionales que han desembocado en la misma. Esto no solo pone fin a la ansiedad por el malestar secundario, sino también a la emoción original del transtorno que provocó el síntoma, el estrés sirve como reforzador negativo que también incrementa la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir de nuevo en el futuro; siendo entonces que el empleo de drogas responde a un propósito negativamente reforzante ya que ayuda a evitar o escapar del malestar a corto plazo.

Emplear sustancias tóxicas para aliviar el malestar de la ansiedad original y del estrés del síntoma conlleva a varios efectos negativos: las creencias del individuo de no poder soportar el malestar emocional, refuerza el hábito con el fin de solucionar problemas emocionales, refuerza la costumbre de responder a acontecimientos activadores problemáticos mediante la intoxicación y evita que el sujeto aprenda otras estrategias de afrontamiento para acontecimientos activadores problemáticos.

Las creencias irracionales que probablemente aparecen en esta dinámica cognitiva son de dos tipos, la primera es la demanda absoluta de que el abuso de drogas no debía haber ocurrido en el pasado bajo ninguna circunstancia y no debe volver a ocurrir nunca en el presente o en el futuro, debido a que los sujetos adictos no han podido mantener esta demanda dogmática deducen que son personas indignas y de estas exigencias se desprenden minusvalía.

El segundo tipo de irracionalidad implica un razonamiento dicotómico. Las personas adictas se identifican a sí mismos como sujetos que utilizan o no utilizan una sustancia.

Ellis, 1992 refiere que se ha estado estudiando a los sujetos adictos y que algunos autores como Cleckley y Hare han reportado que se tiene elevados niveles de deseo de excitación o estimulación, al igual que un pobre control del impulso.

La TRE propone una solución filosófica de disputar las demandas del individuo con problemas de adicción, de que la vida no sea siempre agradable, y después ayudar a aceptar que se pueden tolerar actividades rutinarias, el aburrimiento y la vida cotidiana. Se puede ayudar a los individuos a aprender formas menos destructivas de satisfacer urgencias y necesidades por lo que el enfoque cognitivo conductual de la Terapia Racional Emotiva provee un marco de referencia y de tratamiento para el problema de las adicciones que es factible aplicar al tabaquismo como adicción, aunque socialmente aceptada, demasiado perjudicial que es necesario erradicar.

#### 4.4 *INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES*

A partir de la teoría de la Terapia Racional Emotiva, Jones (1968) crea un inventario que pretende evaluar el grado en el que un sujeto se adhiere a cierta idea, consta de cien afirmaciones a las que el sujeto responde en una escala del 1 al 5, que va desde completamente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Estas afirmaciones miden diez ideas irracionales principales en subescalas separadas, lo que permite identificar claramente el grado en que un sujeto mantiene cierta idea. Las ideas que evalúa son las de aceptación, la de autoexigencias, determinismo, perfeccionismo, locas de control, aprensión, hedonismo, dependencia, determinismo del pasado y la de búsqueda de soluciones externas. Además establece un rango del 40 % como parámetro para determinar el grado de irracionalidad de los individuos; sin embargo P. Palacios (comunicación personal, marzo 30, 1998) propone que en este tipo de instrumentos resulta más conveniente realizar la interpretación integral de la configuración del perfil, esto es, encontrando las interrelaciones entre las diferentes escalas que la conforman y de esta manera comprender la estructura cognitiva integral de los sujetos.

Rodríguez (1992) refiere que Jones realizó para la elaboración de su inventario una reaplicación satisfactoria de la estructura factorial del mismo en una segunda muestra diferente de la original y reporta una adecuada confiabilidad y estabilidad test-retest. Para establecer la validez del instrumento Jones (1968) cit. Por Rodríguez (1992) aplicó el inventario junto con un inventario de síntomas psiquiátricos a un grupo de sujetos normales encontrándose correlaciones significativas entre ocho de las diez escalas del inventario y los seis factores de personalidad más comunes a los grupos clínicos, además las ocho

subescalas tuvieron una alta correlación con los puntajes del inventario de síntomas psiquiátricos.

En el año de 1982, Lohr y Bonge hacen una investigación sobre la validez factorial del test de ideas irracionales, puesto que se considera que la modificación de ideas irracionales es una buena estrategia cognitivo-conductual en el tratamiento de desórdenes efectivos cuyo propósito es el de cambiar las cogniciones intermediarias en los desórdenes emocionales estableciendo que en una reapiación de el test de Jones (1968) encuentran estabilidad, homogeneidad, y confiabilidad adecuada en un grupo de 897 sujetos de una población no clínica (estudiantes). Posteriormente realizan estudios sobre asertividad con el test validado de ideas irracionales y déficits de asertividad para lo cual se sugiere la aplicación de terapia cognitiva para la modificación y autoexpectativas altas para incrementar a la vez los niveles de asertividad (Lohr y Boge, 1982).

Por otro lado en México, se hizo una traducción del instrumento con la cual se ha venido realizando varias investigaciones entre las que se encuentra la realizada por Lozaya terno en forma de ideas irracionales es un causante de la habituación alcohólica, los resultados que arrojó esta investigación indican que los sujetos alcohólicos difieren de los no alcohólicos en cuanto a las respuestas dadas en el cuestionario de ideas irracionales sobre todo en la idea de soluciones ideales y reactividad a la frustración.

Juárez y Sánchez (1989) realizaron un estudio sobre el perfil psicológico del paciente con hipertensión arterial esencial a través de una evaluación cognitivo-conductual y específicamente multimodal, se evaluó a 25 pacientes que presentaron irracionalidad alta

para las ideas 6 (aprehensión), 10 (búsqueda de soluciones ideales), 2 (perfeccionismo), 3 (etiquetas) y 9 (determinismo del pasado) y 1 (necesidad de aceptación) además de la utilización de otros instrumentos como el MMPI y una evaluación multimodal que verifican y complementan lo obtenido a través de la historia clínica.

En 1992 Palacios realizó un estudio sobre la validez de constructo para el inventario de Jones (1968) al correlacionarlo con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en población mexicana con dolor de cabeza crónico; la idea de perfeccionismo y la escala L. Del MMPI así como entre la idea de soluciones ideales y la escala 6, entre la idea de culpabilidad y la escala 4, entre la ideas sobre el perfeccionismo y la escala k. Solo se encinto correlación positiva entre la idea de dependencia y la escala 3 del MMPI. Sus hallazgos ofrecen validez al instrumento empleado y evidencia empírica al modelo cognitivo de la TRE.

Otras investigaciones en las que se ha empleado este instrumento, además de las ya mencionadas, son las realizadas por Rodríguez (1992) en la que se contrastaron índices de depresión en tres grupos diagnósticos de cafalea crónica en la cual se determinaron los parámetros del dolor de cabeza, y el nivel de depresión y las ideas irracionales concluyendo que la depresión es función tanto del dolor como de la adopción de ideas irracionales y de una posible reactividad al medio ambiente.

Benitez (1992) reporta que la idea aprobación social y locus de control externo son las que se presentan con mayor frecuencia en pacientes cefaleicos. En 1995 Torres llevó a cabo un estudio sobre las diferencias psicológicas entre los grupos de dolor de cabeza

crónico utilizando el índice de depresión, las 10 escalas del Inventario de Ideas Irracionales, el índice de asertividad y el porcentaje de temores y algunas escalas del MMPI con el cual encontró que existe relación entre las ideas irracionales y los tres tipos de cefaleas aunque los puntajes no fueron demasiado elevados y se observó además que en las ideas sobre locus de control los puntajes para los tres grupos fueron bajos hallazgos que permiten visualizar una relación existente entre el pensamiento y el dolor de cabeza. Bustos y Thomain (sin año de registro) llevaron a cabo un análisis racional emotivo de 20 capítulos de dos telenovelas mexicanas para detectar ideas irracionales difundidas a través de las telenovelas y las emociones provocadas, así como las verbalizaciones que implican exigencias irracionales con una muestra de 200 sujetos televidentes reportando que las ideas irracionales efectivamente están presentes en los

argumentos de las telenovelas y que las emociones transmitidas por los actores son emociones negativas de furia, depresión y angustia, las verbalizaciones emitidas son un su mayoría exigencias irracionales. Además de su frecuente utilización en el grupo de Psicología de la Salud de la FES Zaragoza a partir de 1987 en diversas investigaciones sobre hipertensión, cefalea, depresión, alcoholismo entre otros.

Por lo que respecta al tabaquismo no se han hecho investigaciones dentro del marco de la Terapia Racional Emotiva siendo esta la primera en su tipo. Se pretende probar si en realidad en el tabaquismo, como en otras adicciones, se encuentran presentes las ideas irracionales con el propósito de abrir líneas de investigación para el desarrollo de nuevos programas de tratamiento. Para lo cual en el siguiente capítulo se encuentra la metodología a seguir en esta investigación.

## **CAPITULO V**

### **INVESTIGACION**

#### **5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.- Los sujetos fumadores que asisten a la Clínica de Tabaquismo del INER presentan ideas irracionales de acuerdo a las 10 escalas del inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968)

#### **5.2 OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuál es la mediana de utilización de las ideas irracionales que presentan los pacientes inscritos en el tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER.

#### **5.3 OBJETIVOS PARTICULARES**

1.- Determinar el perfil grupal que presentan sobre ideas irracionales los sujetos inscritos al tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER.

2.- Interpretar de manera clínica el perfil obtenido.

## 5.4 HIPOTESIS DE TRABAJO

1.- Los fumadores que se inscriben al tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de tabaquismo del INER presentan ideas irracionales.

## 5.5 VARIABLES

Variable Independiente: Tabaquismo. Esta variable es atributiva, debido a que no ha sido manipulada; se considera al tabaquismo como “conducta adictiva que consiste en tomar un cigarrillo, encenderlo, aspirar y expirar el humo y los demás componentes que se despiden durante la combustión del tabaco (INER, 1988).

Variable Dependiente: Ideas Irracionales. Se define Ideas Irracionales como lo que mide el inventario de Jones (1968) (anexo) y que cuenta con diez subescalas de Ideas Irracionales, previamente descritas en el Capítulo IV.

## 5.6 METODO

### Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, que consiste en una búsqueda sistemática y empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes; porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulable. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre ellas, sin intervención directa a partir de la

variación concomitante de las variables independiente y dependiente (Kerlinger, 1990) y con un paradigma X-Y, donde X es la variable independiente (tabaquismo) y Y es la medición de la variable dependiente (Ideas Irracionales).

### Sujetos

Se empleo un muestreo del tipo no probabilístico intencional; ya que no existe forma de estimar la probabilidad que cada sujeto tiene de ser incluido en la muestra y es intencional porque los sujetos son seleccionados a través de uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la población (Kerlinger, 1990).

La muestra consto de 50 sujetos, hombres y mujeres, inscritos en el programa para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER; asignados a los grupos de tratamiento al haber cumplido con los criterios de inclusión predeterminados, estos criterios son:

- Tener mas de 18 años de edad.
- Ser alfabeta, es decir, que sepa leer y escribir.
- Con una historia de dos años mínimo de tabaquismo.
- Que al valorar su estado emocional y aptitud para el trabajo de grupo, a través de la entrevista psicológica haya sido aceptado para iniciar tratamiento.

Por otra parte la trabajadora social debe haber realizado una encuesta socioeconómica que determina el costo del tratamiento y las características sociodemográficas del sujeto.

### Aparatos y/o materiales

#### 1.- Inventario sobre Ideas Irracionales (Irrational Beliefs Test Jones, 1968)

Consta de cien afirmaciones a las que el sujeto responde en una escala de 1 al 5 que va desde completamente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Estas afirmaciones se derivan del original sistema de Ideas Irracionales propuesto por Ellis (1980).

Los cien reactivos miden diez ideas en subescalas separadas y de manera cuantitativa esto permite conocer el grado en que los sujetos sostienen cierta idea obteniéndose un puntaje del 0 al 10.

Las 10 Ideas Irracionales que evalúa el inventario son:

- 1.- Aceptación
- 2.- Autoexigencias o perfeccionismo
- 3.- Etiquetas
- 4.- Reactividad a la frustración
- 5.- Atribución externa/interna
- 6.- Aprehensión
- 7.- Hedonismo

8.- Dependencia

9.- Determinismo del pasado

10.- Búsqueda de soluciones ideales

### Situación Experimental

El estudio se realizó en las instalaciones de la Clínica de Tabaquismo del INER, en el espacio destinado para las sesiones grupales.

Este cubículo cuenta con doce sillas para los pacientes, un sillón para el terapeuta, un pizarrón pequeño, una videogradora y un televisor. Está alfombrado y tiene una ventana que da al jardín. La iluminación es adecuada y el nivel de ruido es bajo.

### Personal

Las personas encargadas de aplicar el inventario fueron tanto las psicólogas clínicas adscritas a la Clínica del Tabaquismo, quienes se encargan de impartir la terapia de grupo además de aplicar instrumentos que evalúan ciertos aspectos de la personalidad del fumador crónico, para cumplir con el objetivo de investigación de la Clínica; así como las pasantes de psicología que sustentan el presente trabajo.

### Procedimiento

La investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a) Se realizo la evaluación de los pacientes para incluirlos o no en el tratamiento, a través de la Entrevista Psiquiátrica Modificada.
- b) Ya seleccionados los sujetos en la primera sesión del tratamiento para dejar de fumar, se les proporciono el Inventario sobre Ideas Irracionales.
- c) A los pacientes se les brindaron las instrucciones necesarias para contestar el cuestionario, así como para aclarar dudas.
- d) Posteriormente se recogieron los cuestionarios y se procedió al análisis de los datos.

#### Tratamiento y Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizo la mediana (medida de tendencia central) para conformar el perfil grupal, para posteriormente hacer el análisis o interpretación clínica del mismo a partir de la configuración integral de las escalas, es decir, tomando en cuenta las escalas mas elevadas y sus interrelaciones con las demás.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

La muestra de 50 sujetos para el perfil grupal estuvo conformada por 24 hombres (48%) y 26 mujeres (52%) (Fig.1). El promedio de edad del grupo fue de 49.02 años, con un rango de 26 a 73 años (Fig.2).

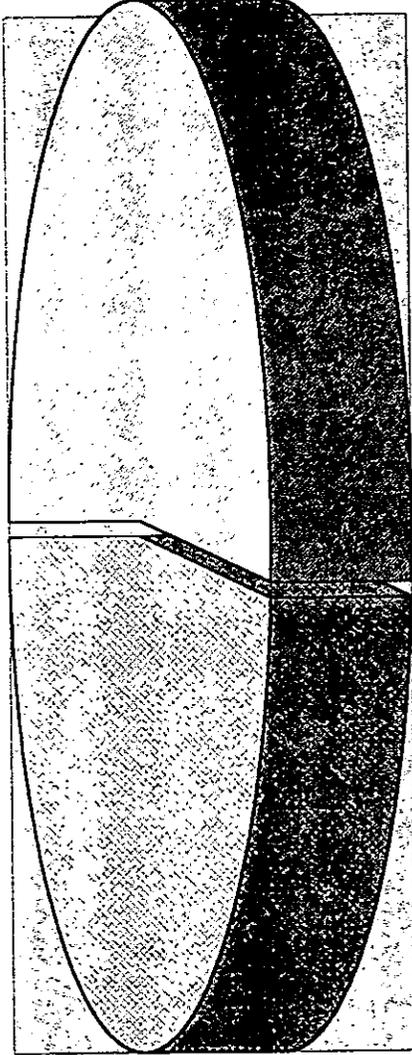
Por lo que respecta al estado civil, el 64% (32 sujetos) manifestaron estar casados, el 18% (9 sujetos) reportaron permanecer solteros, el 12% (6 sujetos) dijeron estar divorciados o separados de su cónyuge, el 4% (2 sujetos) declararon vivir en unión libre y el 2% (1 sujeto) era viudo (Fig.3).

En cuanto a la ocupación se encontró que de los 50 sujetos 14 (28%) se dedicaban al hogar, 8 (16%) eran comerciantes, 12 (24%) eran empleados, 10 (20%) trabajaban en su profesión, 5 (10%) estaban desempleados y 1 (2%) era jubilado (Fig. 4).

La escolaridad de los sujetos estuvo distribuida de la siguiente manera: el 10% (5 sujetos) contaba con educación primaria, otro 10% (5 sujetos) cursaron educación secundaria, 14% (7 sujetos) tenía educación media superior, otro 14% (7 sujetos) contaban con carrera técnica, el 46% (23 sujetos) tenían estudios a nivel licenciatura, el 4% (2 sujetos) no había terminado su carrera profesional y el 2% (1 sujeto) contaba con un posgrado (Fig.5)

## **PERFIL GRUPAL DE IDEAS IRRACIONALES**

Los datos obtenidos según la tabla 1 y la figura 6 se describen de la siguiente manera: Las ideas con mayor mediana son la Idea 6 Aprehensión (55) y la Idea 2 Autoexigencias o perfeccionismo (50). Las Ideas que les siguen son: la Idea 1 Aceptación (40), 3 Etiquetas (40), 4 Reactividad a la Frustración (40), la Idea 10 Soluciones Ideales (40), la Idea 7 Hedonismo (35), la Idea 5 Atribución externa/interna (30), la Idea 8 Dependencia (30) y la Idea Irracional 9 sobre el Determinismo del pasado (30).



□ FEMENINO 52%

□ MASCULINO 48%

FIG.1 DISTRIBUCION POR SEXO

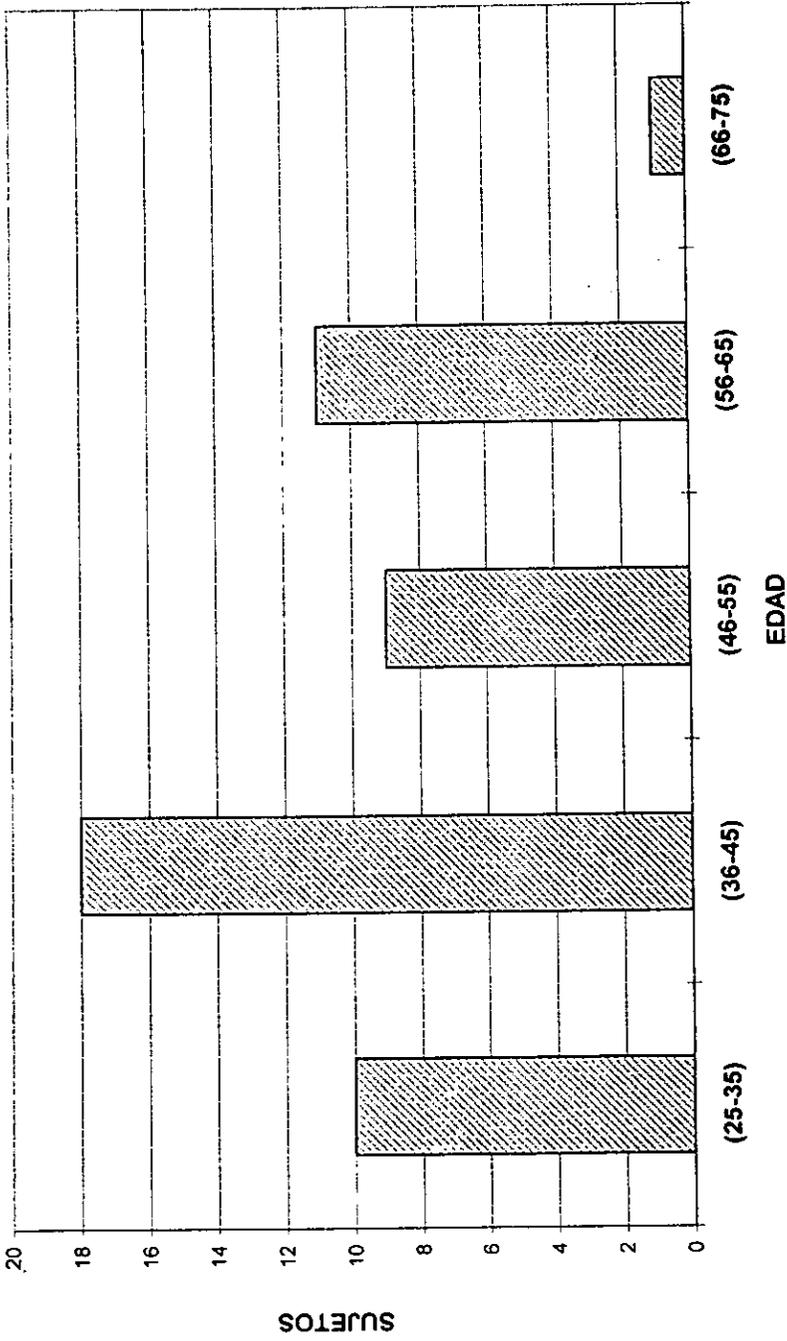
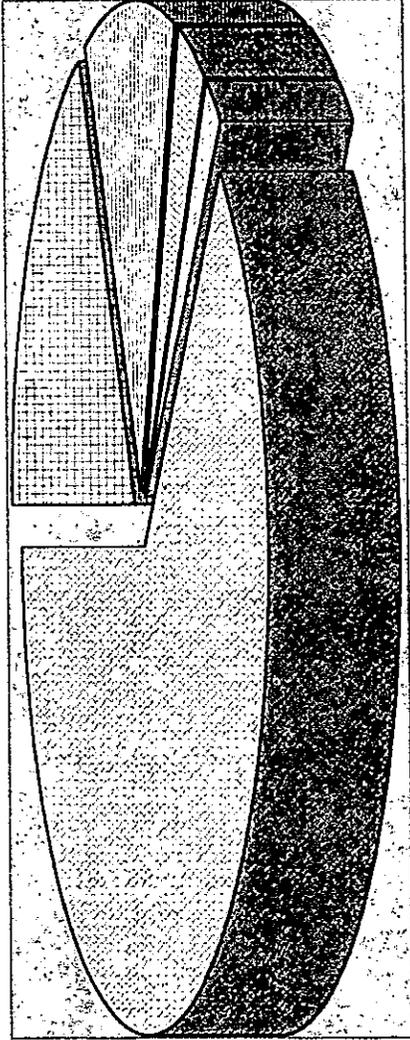


FIG. 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDAD

PROMEDIO DE EDAD: 49 AÑOS.



SOLTEROS 18%

UNION LIBRE 4%

CASADOS 64%

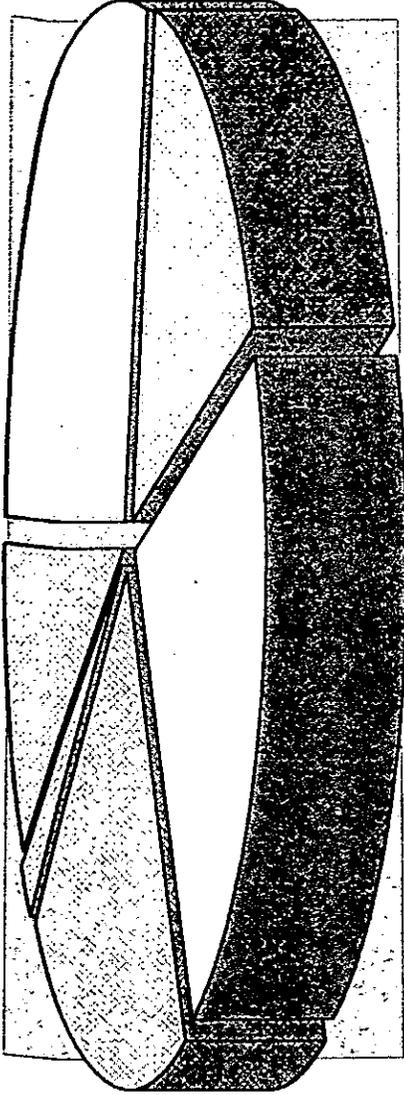
SEPARADOS 12%

VIUDOS 2%

FIG.3 ESTADO CIVIL

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

N=50



□ HOGAR 28%

□ EMPLEADOS 24%

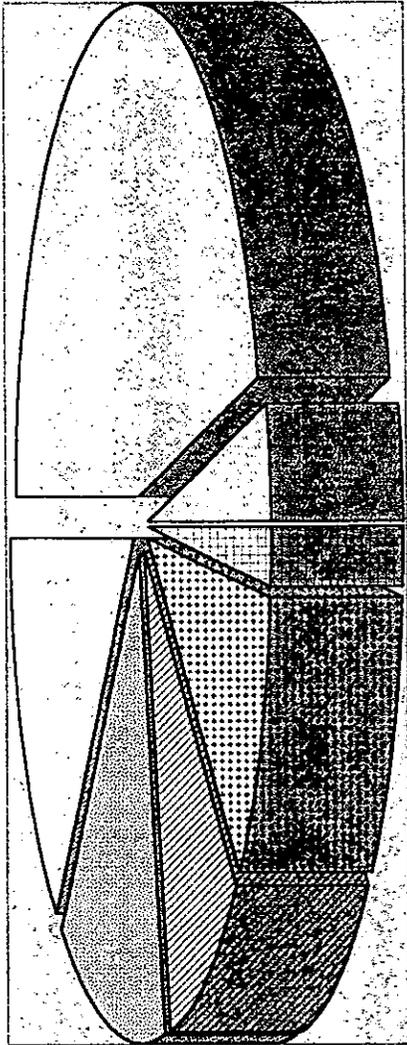
▣ JUBILADOS 2%

▣ COMERCIANENTES 16%

▣ PROFESIONISTAS 20%

▣ DESEMPLEADOS 10%

FIG. 4 OCUPACION



- LICENCIATURA 46%
- CARRERA INCOMPLETA 4%
- POSTGRADO 2%
- PRIMARIA 10%
- SECUNDARIA 10%
- BACHILLERATO 14%
- C. TECNICA 14%

FIG.5 ESCOLARIDAD

IDEA IRRACIONAL	MEDIANA
1	40
2	50
3	40
4	40
5	30
6	55
7	35
8	30
9	30
10	40

**TABLA I. MEDIANAS PERFIL GRUPAL**

# CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

N=50

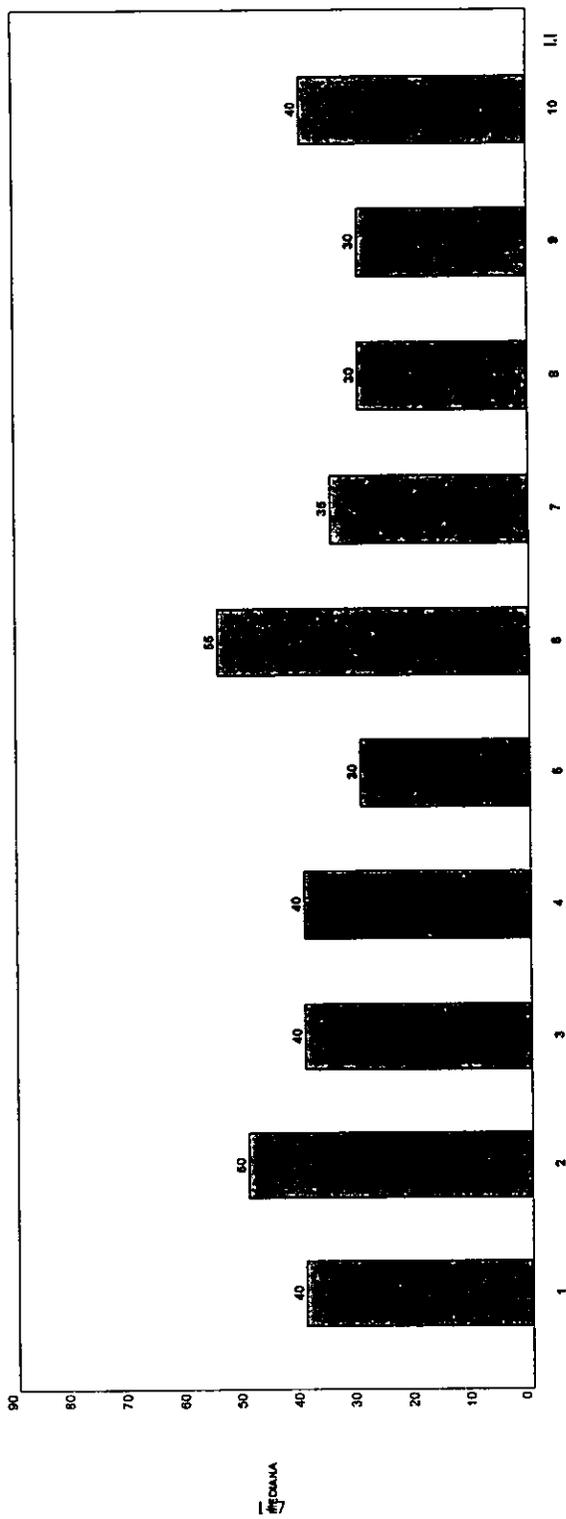


FIG. 6 PERFIL GRUPAL

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las adicciones son un problema demasiado complejo que involucra a otros fenómenos y situaciones diversas, que se entrelazan de manera tal que resulta sumamente complicado el discernir en su real magnitud esta problemática. Las adicciones han ido incrementando y cada día se involucran mas individuos que se ven inmersos en situaciones que afectan por completo todas y cada una de las áreas de su vida por lo que el pretender brindar una explicación que satisfaga todas las inquietudes, que el fenómeno despierta, es casi una tarea imposible; puesto que no es fácil unir diversos criterios, puntos de vista, etc. en una sola perspectiva.

Dentro del amplio campo de las adicciones existe otro aspecto el cual se refleja en el hecho de valorar a las adicciones a partir del tipo de sustancia o conducta a la que se es adicto y las consecuencias que se reflejan a corto plazo. Un ejemplo particular de esta situación es el tabaquismo, que aun siendo una adicción por sus características de no tener escandalosas reacciones y que las consecuencias de esta se presentan a largo plazo “si es que se presentan”, además de que por ser el tabaco una sustancia a la cual se tiene un rápido y fácil acceso, es “económico” en comparación con otras y sobre todo el hecho de estar relacionado a diversas situaciones sociales gratificantes hacen que esta adicción sea vista como “poco peligrosa” y sea aceptada socialmente aun a pesar de saberse que es una adicción que trae consigo múltiples consecuencias en todos los aspectos relevantes de la vida de los individuos.

El tabaquismo a través del tiempo a sido estudiado desde diferentes perspectivas y puntos de vista; pero los resultados de estos estudios, en general, han sido poco publicitados por que existen demasiados intereses económicos involucrados, entre otros factores, que han impedido que el tabaquismo sea reconocido plenamente como un problema de salud publica de importancia.

Al realizar la revisión bibliográfica sobre las adicciones se pudo notar que muchas veces se ha dejado de lado al tabaquismo, por dedicarse a investigar sobre otras adicciones que son consideradas como más importantes debido a su peligrosidad. En este sentido las investigaciones realizadas sobre tabaquismo están en su mayoría dirigidas a documentar la relación que el tabaquismo guarda con la aparición de diversas enfermedades, labor muy importante para darse cuenta de lo fatal que puede resultar esta conducta; pero pocos estudios han pretendido explicar el fenómeno, por todas las razones ya argumentadas. Es por este motivo que surgió la inquietud de realizar este estudio que exploro un aspecto del tabaquismo, como lo es en otras conductas adictivas, el pensamiento irracional que puede estar involucrado en el proceso adictivo (Ellis 1992); por otro lado al estar en contacto directo con el fenómeno y contando con la teoría de la Terapia Racional Emotiva, además de un instrumento que evalúa cogniciones irracionales se decidió llevar a cabo esta investigación sobre el tabaquismo y su relación con las Ideas Irracionales.

A través del estudio realizado con una muestra casi homogénea de hombres y mujeres adultos maduros (edad promedio 49 años), cuyo estado civil característico fue el de estar casados, con un grado de escolaridad alto (licenciatura) y con ocupaciones diversas;

pero en la que resalta el hecho de que la mayoría de las mujeres, a pesar de tener una escolaridad a nivel licenciatura, se dedicaban al hogar. Sus características señalan que se trata de una población enterada, preocupada por sí mismos y por su familia además de tener un nivel económico medio; se encontró que este grupo de fumadores presenta ideas irracionales características.

De acuerdo a la configuración integral y el análisis clínico de las 10 escalas de Ideas Irracionales aplicadas en sujetos fumadores, se puede llegar a la siguiente interpretación clínica:

La elevación en la escala 6 (55) denota una ansiedad anticipatoria, es probable que se trate de sujetos con poca tolerancia a la incertidumbre y a la ambigüedad, así como miedo a perder el control. Puede tratarse de una ansiedad libre y constante. Se tiende a anticipar para controlar sucesos aversivos, reforzándose por la inclinación a pensar que se tiene el control y la responsabilidad sobre todo lo que sucede (Idea 5, 30) y por lo tanto no suelen ser muy arriesgados, puesto que creen que depende de ellos que ocurran situaciones positivas y evitar las negativas.

Pueden presentar además tendencias perfeccionistas (Idea 2, 50) que se manifiestan en su temor al fracaso y a cometer errores hecho que pretenden que compense la baja autoestima. Suelen creer que su valor radica en las metas que alcanzan, por lo que se plantean objetivos muy elevados sin disponer de recursos suficientes para alcanzar a concluir esas metas, existiendo una desproporción entre recursos y aspiraciones promoviendo importantes cantidades de ansiedad; implicando un fuerte compromiso con

responsabilidades asumidas consiguiendo autopresionarse y autoexigirse, dando como resultado un desempeño lleno de angustia ya que pueden presentar una tendencia selectiva hacia el error, es decir, dejan de ver el proceso porque lo que cuenta para ellos es el resultado y no el proceso.

La relación con la escala 1 (40) manifiesta que puede tratarse de gente con necesidad de aprobación pero que tratan de conseguirla a través del reconocimiento, sustituyendo el afecto por la admiración, hecho que revela necesidades de afecto-dependencia no satisfechas.

Al relacionar la escala 2 y la 1 se refleja que puede tratarse de una muestra con una imagen idealizada de sí mismos, para compensar ciertos sentimientos de minusvalía y necesidad.

Por lo que respecta a lo que muestra la escala 3, puede decirse que se trata de individuos exigentes consigo mismos e igualmente con los demás. Y si se relaciona con la escala 2 se puede señalar que frecuentemente les molestan tanto los errores propios como los de los demás (escala 3, 40).

Por medio de la escala 4 (40), se observa poca tolerancia a la observación y poca estructura de demora que implica la necesidad de la satisfacción de sus fantasías; hecho que conlleva a un inadecuado manejo del enojo. Mientras más elevada se encuentra esta escala sugiere la necesidad de satisfactores externos que pueden incluir dependencias orales como sustitutos del afecto.

Por lo anteriormente dicho es muy probable que esta muestra se caracterice por la iracibilidad, con poca regulación de impulsos y estructura de demora.

Parece que estos sujetos mantienen un temor a asumir responsabilidades, que viven con grados elevados de autoexigencias; tendiendo a postergar responsabilidades generando esto aun más angustia debido a su perfeccionismo (escala 7, 35).

Puede parecer que esta muestra busca resolver su ansiedad y angustia con soluciones ideales mas que practicas (escala 10, 40), debido probablemente a la imagen idealizada que parecen tener de sí mismos.

Además se observa que se puede tratar de personas que presentan dificultad para tomar decisiones propias cuando se encuentran bajo presión y a la vez, pueden buscar ayuda si no se sienten presionados (escala 8, 30).

Podría parecer que se trata de individuos que piensan que el pasado ha sido determinante en sus vidas y que no pueden cambiar. Son muy rigidos y exigentes (escala 9, 30).

Por todo esto puede parecer que en el caso específico de esta muestra se fuma por frustración y ansiedad autogenerada. Además de que por tratarse de sujetos competitivos y autocriticos, al no contar con los recursos suficientes es muy probable que utilicen su

adicción como regulador del enojo. Por lo que parece ser que esta muestra utiliza el tabaquismo como conducta anticipatoria.

Al principio de esta investigación sé penso que los fumadores presentarían niveles aun más elevados de irracionalidad, fundamentado en el hecho de que los adictos, en general, se adhieren a un tipo especial de pensamiento sustentado sobre todo por la baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1992). De esta manera la investigación muestra que efectivamente en el grupo de fumadores estudiado de la Clínica de Tabaquismo del INER sucede de este modo.

Otro hecho que llama la atención es que el locus de control en este grupo es interno; mientras que hay investigaciones que sugieren que el locus de control en los adictos es externo. Sin embargo, hay que recordar que esta muestra en particular esta en búsqueda de ayuda para su adicción al sentirse responsable de todo lo que sucede y de sí mismos, y además de que no parece que empleen el tabaquismo como mero satisfactor sino como un control para su propia ansiedad y enojo.

Se puede hablar también de lo que esta sucediendo con respecto al tratamiento del tabaquismo, puesto que seria muy recomendable que en los tratamientos se abordara la modificación de algunos estilos de pensamiento disfuncionales que pueden influir en la adquisición y permanencia de una conducta adictiva, no solo el tabaquismo.

Se sabe que no únicamente están involucrados estilos de pensamiento en la adquisición de una adicción, seria muy reduccionista el pensar de esta forma, en este

fenómeno se mezclan e involucran factores diversos los cuales merecen ser tomados en cuenta en beneficio de los pacientes y la ciencia misma.

Por lo cual, esta investigación es relevante en ese sentido ya que al hacer la revisión bibliográfica para este trabajo se pudo notar que el tabaquismo es visto como una conducta muy simple y poco importante; pero que sin embargo es perjudicial no únicamente para el individuo también lo es para su medio ambiente. De tal manera que cualquier esfuerzo, por pequeño que parezca, es muy grande para tratar de explicar alguno de los muchos factores que están involucrados en este fenómeno.

Siendo así que se puede sugerir que los aspectos cognitivos revelados a través de esta investigación sean tomados en cuenta para la estructura y por que no, modificación de los tratamientos que hasta la fecha son empleados con los fumadores. Quizá de esta manera al estar enterados de este otro factor presente en el tabaquismo sea factible incluirlo en los tratamientos del mismo.

Mostrar con otras investigaciones, diseñadas para ello, que tan eficaces son los tratamientos para beneficiar de este modo a los fumadores en particular y a la sociedad en general.

Para esto se requiere de actualización, renovación, dominio del problema y formación terapéutica; que requiere de conocimientos y flexibilidad para el trabajo, por medio de llevar a cabo una revisión de las teorías que han trabajado con el problema y que

han sido utilizadas en el tratamiento, para provocar de este modo el empleo de tratamientos más efectivos de tal manera que pueda lograrse una abstinencia prolongada y total.

Pero también es necesario reconocer que esta investigación no pretende dar una última y única explicación al fenómeno; sino que solo se tomo en cuenta un aspecto que puede ser relevante y útil pero que aun necesita ser corroborado por otras investigaciones.

Se reconoce además que en un principio esta investigación pretendía detectar la efectividad del tratamiento con el cual se tuvo contacto; pero esto no fue posible debido a algunos obstáculos institucionales. Se lograron algunos datos que pueden ser utilizados en investigaciones posteriores sobre este tipo con un diseño y manejo adecuado de los mismos.

Algunas limitaciones que pueden reconocerse son: el instrumento empleado no ha sido adaptado para investigar sobre adicciones. Podría haberse realizado un estudio piloto antes de emplearlo con este tipo de población.

Un obstáculo mas fue la poca disposición y acceso a este grupo de población para tener una muestra mayor y obtener otra clase de datos que sirvieran para evaluar el tratamiento.

Por lo que respecta a la bibliografía se noto la falta de material que reforzara aun más la relación entre el tabaquismo y las ideas irracionales.

Sin embargo y a pesar de todas estas limitaciones, el objetivo planteado se alcanzo al terminar este proyecto y ofrecer información relevante para dirigirse hacia otros aspectos que expliquen el tabaquismo y que coadyuven a sugerir algunas alternativas de tratamiento, para tratar de involucrar mas investigación sobre este tema tanto a nivel disciplinario como multidisciplinario.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, C., Freixa, F., Soler, I. (1981) Toxicomanía. Un Enfoque Multidisciplinario. Barcelona: Fontanella.
- Ball, K. (1986). El Tabaquismo: Epidemia Mortal.. Foro Mundial de la Salud. Vol. 7 35-50.
- Bandura, A., Walquer, R. (1974). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid: Alianza Editorial.
- Baños, A. G., Peña, T. M. (1992). Efectos del Tabaquismo en la Cavidad Oral. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo: Su Repercusión en Aparatos y Sistemas. México: Trillas.
- Barroso, R. N., Estrada, C., Cuevas, G.(1992). Efectos del Tabaquismo en el Sistema Nervioso. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo: Su Repercusión en Aparatos y Sistemas. México: Trillas.
- Bartecchi, C. E., Mackenzie, T. D., Schrier, R. W. (1995) The Global Tobacco Epidemic. Scientific American. Mayo, 26-33.
- Bartolome, R. H. (1980) Psicoterapia Racional Emotiva. Brevisimo Manual del Terapeuta. Clínica Médica de la Conduc-terapia, Seminario de Psicología Clínica. Intervención y Evaluación Nivel Grupal. Séptimo Semestre. Psicología. FES ZARAGOZA. UNAM.
- Bayes, R.(1985) Psicología Oncológica. México: Martinez Roca.
- Beck, A. T., Hollon S. D. (1979) Cognitive Therapy and Emotional Disorders NewYork. New American Library
- Becoña, E., Frojan, M. J. (1988) Tratamiento de Fumadores con la Técnica de Retener el Humo. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. México. Vol. 1 Num. 1 31 – 48.
- Benitez, C. (1992) Comparación del Perfil Psicológico del Paciente con Dolor de Cabeza con Diferentes Periodos de Evolución Informe de Servicio Social. FES Zaragoza. UNAM. México.
- Benowitz, N. (1986) Clinic. Pharmacology of Nicotine Revista Médica. Vol. 37. Num. 21 456 – 470.
- Berea, D. H., Angulo, A.D., Díaz, V. A (1992) Efectos del Tabaquismo en el Sistema Genitourinario En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo: Su Repercusión en Aparatos y Sistemas. México: Trillas.

Berkman, M. A. (1980) La Oralidad Un Estudio con 10 Fumadores. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Berridge, V. (1990) The Society for the Estudy of Addiction. (Special Issue) British Journal Of Addiction. England Vol 85 (8) 987 – 1087.

Boker, T. B., Brendon, T. H. (1990) Validity of selef reports basic research. Special Isssue: self-reports a cross addictive be-havorial assement. United States. Vol. 12 (10) 33 – 51.

Bustos, V., Thomain, J. (S/R). Análisis Racional Emotivo de un Fragmento (20 capitulos) de 2 telenovelas mexicanas. Tesis Licenciatura. ENEP Zaragoza. UNAM. México.

Campbell, D. T., Stanley, J. C: (1979) Diseños experimentales y cuasiexperimentales en las ciencias sociales. Argentina: Amorrourtu.

Campillo, S. C. (1988) ¿Es el Tabaquismo una enfermedad?. México. SSA.

Campillo, S. C., Caraveo, A. J., Padilla, G. P., Sánchez, V.J., Gómez, E.M., López, G.E. (1980) Manual de la Entrevista Psiquiátrica Modificada. Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. México.

Cautela, J. R. (1970) Treatment of smoking by covert sensibilization". Psychological Reports. Vol. 26. 415 – 420.

Cautela, J. R., Barón M. G. (1977) Condicionamiento encubierto. Análisis teórico. Behavior Modification E.U. Sage Publications Inc.

Comité Latinoamericano Coordinador de Control del Tabaquismo (1992) Hacia una América Libre del Humo de Tabaco. Enero, Febrero y Marzo.

Coleman, V. (1988) Adictos y adicciones. México. Trillas.

Consejo Nacional contra las Adicciones. (1992): Programa contra el Tabaquismo. (1988). Secretaria de Salud. México.

Consejo Nacional contra las adicciones (1994): Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. Secretaria de Salud. México. Trillas.

Chapa, B.M: C (1992) Características Biológicas del Tabaco. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas México. Trillas.

Chein, I. (1976) Introducción al Muestreo. En Selltiz y otros. Métodos de Investigación de las Ciencias Sociales. Madrid: Rialph.

Digiuseppe, R., McInerney, J. (1990) Patterns of a adicción a Rational Emotive. Perspective. Journal of Cognitive Psychotherapy vol. 4 (2) 121 – 134.

- Dryden, W., Ellis, A. (1989) Practica de la Terapia Racional Emotiva. Barcelona: Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer.
- Ellis, A. (1980) Razón y Emoción en Psicoterapia. España: Desclee de Brouwer.
- Ellis, A., Grieger, R. y cols. (1981) Manual de Terapia Racional Emotiva. México: Herrero Hnos. Sucesores.
- Ellis, A., McInerney, J. F., Diguseppe, R., Yeager, R. J., (1992) Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. España: Desclee de Brouwer.
- Echeverría, P.P.E. (1988) Antecedentes Históricos y Efectos de Tabaquismo en México. Tesis Lic. Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México.
- Escayola, G. L. Y. (1988) Revisión histórica de Técnicas Terapéuticas Para la Eliminación del Tabaquismo. Tesis Psicología. UNAM. México.
- Fiore, M. C., Novonthy, T. E., Pierce, J. P. (1990) Methods Used To quit smoking in United States, JAMA, Vol. 263. 2760-2765
- Flaxman, J. (1976) Quitting smoking. En Craighead Kazdin y Mahoney. Behavior Modification: Principles, issues and applications. Boston Houghton Mifflin. 414-430.
- Fromm, E. (1987) Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. México: FCE
- Gainnetti, V. (1987) Religios Dimensions of Addiction. Studies Informative Spirituality. Views Addictive Disorders Specifically Alcoholism from a Religious Perspective. United States. Vol. 8 (2) 187-197.
- Garcia, P. M., Gavaldon, C. H. (1986) Tabaquismo: análisis de tratamientos y descripción de resultados obtenidos a partir de la aplicación de un programa para dejar de fumar. Tesis Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Garcia, S. M. (1992) El Cáncer en los Fumadores. El papel del profesional en la ayuda del paciente fumador. México.
- Glikman, I. (1975) Periodontología Clínica. México: Trillas.
- Goodman, D. S., Maultsby, M. C. (1978) Emotional well-being through rational behavior training. United States: Charles C: Thomas Publisher.
- Goldfried, M. R., Davison, G. C. (1981) Técnicas Terapéuticas Conductistas. Argentina : Paidós.
- Grabowsky, J., Hall, S. M. (1985) Tobacco Used, Treatment Strategies and Pharmacological adjuncts. Smoking and Health. United States. 1333

Gutiérrez, V. S., Soto, Q. J. P. (1992) Efectos del Tabaquismo en el Sistema Vascul ar Periférico. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo: su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.

Hatterer, L. J. (1982) The addictive process. Psychiatric Quaterly, Vol, 54 (3) 149-156.

Heman. C. A., Herrera, G. F. (1979) Estudio Comparativo y Aplicación de Dos Tecnicas de Autocontrol en la Modificación de la Conducta de Fumar. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Hodgson, R. J., Grant, M. (1989) Substance problems: What books do the experts recommend?. Special issue. Psychiatry. United States. Vol. 1 (1-2-) 181-190

Huber, Ch. H., Baruth, L. G. (1991) Terapia Familiar Racional Emotiva. España: Herder.

Hurtado, F. R. (1992) Efectos del Tabaquismo en el Corazón y Grandes Vasos. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo: su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (1988) Tabaquismo. SSA. México.

Jacobs, D. F. (1986) A general theory of addictions. A new theoretical model. Journal of Gambling Behavior. Vol 2 (1) 15-31.

Jaffe, J., Petersen, R., Hodgson, R. (1980) Vicios y Drogas. México: Harla.

Jones, R. G. (1968) A Factored Measure of Ellis's Irrational Beliefs System with personality and adjustment correlates. Doctoral Dissertation. Texas Technical College. En Rodríguez, S. M. G. (1992) Depresión e Ideas Irracionales en Cefaleicos.

Juárez, T. G. P., Sánchez, R. M. M. (1989) Perfil Psicológico del Paciente con Hipertensión Arterial Esencial a través del MMPI. Tesis Lic. Psicología. ENEP Zaragoza. UNAM. México.

Krasnegor, N. A. (1980) Analysis and Modification of Substance Abuse. Behavior Modification. Vol. 4 (1) 35-36.

Kriz, J. (1990) Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Argentina: Amorrourtu Editores.

Koop, E. C. (1992) The Health consequences of smoking. A report of a Surgeon General Department of a Health Human Services. Washington.

Kopel, S. A. y cols. (1979) Smoke Holding and Evaluation of Physiological effects and treatment efficacy of a new nonhazardous aversive smoking procedure. Smoking and Health. United States. 178-186.

Laurie, P. (1987) Las drogas. Madrid: Alianza Editorial.

Lazaruz, A. A. (1980): Terapia Conductista: Técnicas y Perspectivas. Buenos Aires: Paidós.

Lazaruz, A. A. (1973): Multimodal Behavior Therapy. Traducción: Luis del Villar. Seminario de Psicología Clínica. Tema IV Análisis y diseño nivel grupal. Sexto Semestre. Psicología. FES Zaragoza.1993.

Levin, J. (1979) Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México: Harla.

Leventhal, H., Cleary, D. P. (1980) The Smoking Problem. A review of the research and theory in behavioral risk modification. Psychological Bulletin. Vol. 88 370-405.

Lewis, J. A. (1994) Addiction Training. The addictive process. Addictions Concepts and Strategies. Governors. Vol. 82 (145) 3-3.

Lichtenstein, E. (1982) The Smoking Problem: a behavioral perspective. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 50 804 – 819.

Lohr, J. F., Bonge, D. (1982) Relationships between assertiveness and factorially validated measures of irrational validated measures of irrational beliefs. Cognitive Therapy and Research. Vol. 6 No. 3 353 – 356.

Lohr, J. F., Bonge, D. (1982) The factorial validity of the irrational beliefs test: a psychometric investigation. Cognitive Therapy and research. Vol. 6 No. 2 225 – 250.

López, R. E. (1991) Adictos y Adicciones: Una visión Psicoanalítica. Venezuela: Monte Avila.

López, F. F. (1992) Efectos del Tabaquismo en el Aparato Digestivo. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas .

Lozaya, F. H. (1984) La Terapia Racional Emotiva en el Tratamiento del alcoholismo. Tesis. Licenciado en Psicología. ENEP Zaragoza. UNAM. México.

Llanos, C. M. (1985) El Mundo del Tabaco. Madrid: Alhambra.

Mahoney, M. J., Freeman, A. (1988) Cognición y desarrollo humano. España: Paidós.

Mariezcuirrena , R. (1994) Recovery from addictions without treatment. Literature review. Scanolinavian Journal of behavior therapy. Estocolmo. Vol. 23 (3 – 4) 131 – 154.

- Marcovitz, E. (1967) On the nature of addiction to cigarettes Association for Psychoanalysis and American Psychoanalytic Association. United States. Diciembre 1975.
- Mckay, M., Davis, M., Fannig, P. (1985) Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- McMorrow, J., Foxx, R. M. (1985) Cigarette brand swithching: relating assesment strategies to critical issues. Psychological Bulletin Vol. 98 139 159.
- McMurrin, M. (1994) The psychology of addiction. Contemporary psychology series. London. Vol. 182 7484.
- Meichenbaum, D. (1977) Cogninive Behavior Modification. Nueva York: Plenum Press.
- Neuhaus, Ch. (1993) An ontologic perspective. Journal of drugs issues. Vol. 23 (3) 463 – 478.
- Olmedo, M. G. (1984) Análisis Metodológico de la Terapia Racional Emotiva. Tesis. Licenciado en Psicología. ENEP Zaragoza. UNAM. México.
- Organización Mundial de la Salud (1990): Comité Regional Europeo. Serie Europa libre de tabaco. Ministerio de sanidad y consumo. Folletos. Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud (1992) tabaco o salud: un informe de la Organización Panamericana de la Salud E. U. A.
- Palacios, P. (1992): El perfil multimodal del paciente cefaléico. Tesis Maestría. Psicología Clínica. UNAM. México.
- Papalia, D. E., Olds, S.(1990) Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
- Psychological Abstrascts (1981 – 1995).
- Paxton, N. (1983 ) Prolonging the effects of deposit contracts with smokers. Behavior Research and Therapy. Vol. 21 (4) England.
- Rajamohan, G., Sivanandan, K., Verghese S (1987) Personality characteristics of heavy cigarette smokers. Journal of Clinical Psychology. United States. Vol. 9 (2) 171 – 176.
- Ramírez, C. E., González, R. E., Cicero, S. R. (1994) Métodos de tratamiento para el abandono del hábito tabáquico. En información básica sobre tabaquismo. Secretaria de Salud. CONADIC. México.
- Raw, M. (1978) Tratamiento de la dependencia del tabaco. Crónica de la OMS. Ginebra Vol. 33 111 – 113.

- Rico, M. F., Ruiz, F. L. (1992) Tabaquismo: su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.
- Rodriguez S. M. J. L. (1992) Depresión e Ideas Irracionales en Cefaléicos. Tesis. Licenciado en Psicología. ENEP Zaragoza. UNAM. México.
- Rohsenow, D. J. (1994) Just wat is an addiction. Behavior Therapist. Vol. 7 (6) 98 –117.
- Rozin, P., Stoess, C. (1993) Is there a general tendency yo become addicted. Addictive Behaviors. Vol. 18 87.
- Rosenfeld, N. (1972) El paciente drogadicto: guía clínica y evolución en el tratamiento psicoanalítico. Revista de Psicoanálisis. Vol. 29 (1).
- Rubio, M. H., Fabián, S. M. (1995) Tabaquismo y su repercusión a nivel de la salud. Información Básica sobre Tabaquismo. Secretaría de Salud. CONADIC. México. 5 – 17.
- Rubio, M. H., Gutiérrez V. C. (1994) Tabaquismo. INER. SSA. México.
- Russell, M. A. H. (1974) The smoking habit and its classification Behavior Research and Therapy. Londres, Vol. 212 780 – 791.
- Sánchez, B. J. J. (1992) Efectos del Tabaquismo en el Riñón. En Rico, M. F., Ruiz, F. L. Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.
- Scagel, R. (1980) El reino vegetal. Barcelona: Omega.
- Schippers, G. M., Lammers, S. M., Schaap, M. (1991) Contributions to the psychology of addiction. Department of Clinical Psychology Personality. Amsterdam.
- Scholes, D., Daling, R. J., Stergachis, S. A. (1992) Current cigarette smoking and risk of acute pelvic infnammatory disease. American Journal of Public Health. United States. Vol. 82 No. 10 1352 – 1355.
- Schubert, D. S. P. (1986) Personality implications of cigarette smoking among college students. Journal of consult psychology. Smoking and Health Vol. 23 .
- Schwartz, J. L. (1992) Tabaquismo de cigarrillos. Guía para la valoración y el tratamiento. Clinicas Médicas de Norte América. Vol. 2 México: Interamericana.
- Sedlacek, D. A. (1983) Chilhood Setting the stage for addiction. Child and Youth Services. Vol. 6 (1 – 2) 23.
- Siegel, S. (1986) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.

Simon, J. A., Browner, S. W., Mangano, T. D. (1992) Predictors of smoking relapse after noncardiac surgery. American Journal of Public Health. United States. Vol. 82 No.9 1235 – 1237.

Singh, S. (1981) Adolescent drug abuse and family environment. Indian Journal of Clinical Psychology. Vol. 8 (2) 151 – 155.

Smoking and Health (1986): A Report to congress. United States.

Solberg, L. I., Kotke, E. T. (1994) Smoking Cessation Strategies. Addictive Disorders. Vol. 8 95 – 111.

Soustelle, J. (1977) La vida cotidiana de los aztecas. México: Fondo de Cultura Económica.

Stacker, H. K., Bartmann, U. B. (1977): Psicología del fumar. México: Herder.

Stanton, M. D., Tood, T. y Cols (1990) Terapia Familiar en el Abuso y Adicción a las Drogas. México: Gedisa.

Straits, B. C., Sechrest, L. (1983) Further support of some findings about characteristics of smokers and non smokers. Journal of consult psychology. Vol. 27 .

Sttrubin, J. P. (1980) Drogadicción, identidad y melancolía. Cuadernos de psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Junio-Septiembre.

Thompson, E. J. (1980) Historia y Religión de los Mayas. México: Siglo XXI.

Torres, M. (1995) Diferencias Psicológicas entre los grupos diagnósticos de dolor de cabeza. Tesis. Licenciado en Psicología. FES Zaragoza. UNAM. México.

Valdés, R., De Flores, M. A (1985) Psicobiología del Estrés. México: Martínez Roca.

Walker, M. B. (1989) Approach some problems with the concept of gambling addiction. Journal of gambling behavior. Australia. Vol. 5 (3) 179-200.

Wassmer, A. (1989) Vivir con un alcohólico. México: Selector.

Wolpe, J. (1981) Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Trillas.

Yates, A. J. (1981) Terapia del Comportamiento. México: Trillas.

# **A N E X O**

## INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Fecha \_\_\_\_\_ No. expediente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Este inventario pretende investigar la manera en que ud. piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa completamente en desacuerdo
2. Significa moderadamente en desacuerdo
3. Significa ni acuerdo ni desacuerdo
4. Significa moderadamente de acuerdo
5. Significa totalmente de acuerdo.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegurese de marcar como REALMENTE SIENTA acerca de la afirmación y no como ud. cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con numero 3, o neutrales, lo más que le sea posible.

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Es importante para mi que otros me aprueben.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Odio fracasar en algo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que pasa.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. " El que nace para maceta, del corredor no pasa ".                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por lo que pudiera ocurrir de peligroso e inesperado.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. No hay solución perfecta para algo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Quiero que todos me estimen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Los que se equivocan merecen ser censurados.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Las cosas deberían ser mejores de como son.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Yo causo mis propios estados de animo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Evito enfrentar mis problemas.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Si algo afecta fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida. 1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo esten. 1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario. 1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada 1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan. 1 2 3 4 5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas. 1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por eso. 1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo mas rápidamente que puedo. 1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho. 1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado 1 2 3 4 5
40. Siempre tendremos algunos problemas. 1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío. 1 2 3 4 5
42. Es importante para mi tener exito en todo lo que hago. 1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores. 1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten. 1 2 3 4 5
45. Una persona no esta triste o enojada por mucho tiempo, a menos que el mismo se haga permanecer asi. 1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna. 1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras. 1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies. 1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo seria mas como me hubiera gustado ser. 1 2 3 4 5

50. Cada problema tiene una solución perfecta.	1	2	3	4	5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensan.	1	2	3	4	5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan sin importarme si soy bueno en ellas.	1	2	3	4	5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena.	1	2	3	4	5
54. Si las cosas me molestan, las ignoro.	1	2	3	4	5
55. Mientras mas problemas se tengan, menos feliz sera uno.	1	2	3	4	5
56. Rara vez me preocupo por el futuro.	1	2	3	4	5
57. Rara vez abandono las cosas.	1	2	3	4	5
58. Soy el único que puede resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me estan afectando ahora.	1	2	3	4	5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1	2	3	4	5
61. Aunque la aprobación de los demas me gusta, no es una necesidad para mi.	1	2	3	4	5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1	2	3	4	5
63. Todos son prácticamente buenos	1	2	3	4	5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello.	1	2	3	4	5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de como se interprete el fenomeno.	1	2	3	4	5
66. Me preocupo demasiado por las cosas futuras	1	2	3	4	5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables.	1	2	3	4	5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mi.	1	2	3	4	5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	1	2	3	4	5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5

71. A menudo me preocupo por que tanto me aprueba o desaprueba la gente.	1	2	3	4	5
72. Me molesta muchísimo cometer errores.	1	2	3	4	5
73. Es injusto que "paguen justos por pecadores"	1	2	3	4	5
74. Me gusta el camino fácil de la vida.	1	2	3	4	5
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida.	1	2	3	4	5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores.	1	2	3	4	5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante.	1	2	3	4	5
78. Es fácil buscar consejo.	1	2	3	4	5
79. Si algo afecta tu vida alguna vez, siempre lo hará.	1	2	3	4	5
80. Es mejor encontrar una solución practica, que una perfecta.	1	2	3	4	5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mi.	1	2	3	4	5
82. Frecuentemente me irrito por pequeneces	1	2	3	4	5
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1	2	3	4	5
84. Me disgusta la responsabilidad.	1	2	3	4	5
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica.	1	2	3	4	5
87. Las personas son mas felices cuando se enfrentan a desafios o problemas a vencer.	1	2	3	4	5
88. Me disgusta tener que depender de alguien.	1	2	3	4	5
89. En el fondo, la gente nunca cambia.	1	2	3	4	5
90. Siento que deberia manejar las cosas en forma correcta.	1	2	3	4	5
91. Es molesto ser criticado, pero no es catastrófico.	1	2	3	4	5

92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo	1	2	3	4	5
94. Rara vez me trastornan los errores de otros.	1	2	3	4	5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo.	1	2	3	4	5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que hare en ciertas situaciones de peligro.	1	2	3	4	5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte.	1	2	3	4	5
98. He aprendido a no esperar que algun otro este muy interesado en mi bienestar.	1	2	3	4	5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos.	1	2	3	4	5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias.	1	2	3	4	5