



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"REVISION DEL AUTOCONTROL EN EL HABITO DE
FUMAR TABACO EN FORMA DE CIGARRILLOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JOSE MANUEL LEYVA CASTRO

DIRECTOR DE TESIS: MTR. SAMUEL JURADO CARDENAS

ASESOR METODOLOGICO: LIC. OMAR TORREBLANCA NAVARRO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE CR.GEN

1993



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.

INDICE GENERAL

Introducción General.	1
Capítulo 1 "TABAQUISMO"	
- 1.1. Generalidades del Tabaco.	5
- 1.2. Componentes del Tabaco y Efectos en el Organismo.	7
- 1.3. Aspectos Económicos del Tabaco en México.	12
- 1.4. Tabaquismo y Aspectos Médicos.	13
- 1.5. Tabaquismo y Aspectos Psicológicos.	20
Capítulo 2 "AUTOCONTROL"	
- 2.1. Introducción General.	24
- 2.2. Autocontrol Conductual.	27
- 2.3. Técnicas Terapéuticas de Autocontrol.	48
- 2.4. Ventajas y Desventajas del Autocontrol.	72
Capítulo 3 "TABAQUISMO Y AUTOCONTROL"	
- 3.1. Introducción General.	73
- 3.2. Investigaciones de Tabaquismo con Autocontrol	74
- 3.3. Descripción de Hallazgos.	91
CONCLUSIONES GENERALES.	101
REFERENCIAS.	106

INTRODUCCION

GENERAL

INTRODUCCION GENERAL

El objetivo del presente trabajo ha sido el de conocer el panorama general y el camino que ha tomado la investigación respecto a la interrelación de las variables denominadas "tabaquismo" y "autocontrol", desde el año de 1980 a el año de 1991. La elección de dichas variables se justifica en la importancia que en ellas mismas radica:

Durante los últimos 25 años se ha establecido en forma progresiva la estrecha relación causal que existe entre el hábito de fumar tabaco y los padecimientos crónicos tales como el cáncer broncogénico y el cáncer de otros órganos (laringe, esófago, páncreas y riñones), así como las enfermedades degenerativas, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar, el infarto al miocardio y la oclusión vascular de los miembros inferiores (McGinnis, 1983). Estos padecimientos constituyen en la actualidad las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados (SPP, 1979). Expertos nacionales y extranjeros expresan su preocupación por el problema del tabaquismo en países en vías de desarrollo, ya que de no tomarse en cuenta, los daños sociales y de salud podrán alcanzar en tan breve tiempo la magnitud existente en los países desarrollados. (Ordoñez, 1983). Por lo que se refiere a México, Rivero (1976) reportó que iban en aumento padecimientos tales como la bronquitis crónica, enfisema obstructivo y cáncer broncogénico, por lo que cada vez se producen más muertes por esta causa.

Ha sido en los últimos años cuando se ha reconocido que el hábito de fumar tabaco constituye una de las conductas adictivas

más difíciles de abandonar, así como una de las más frecuentes. De acuerdo a encuestas el 50% de los fumadores desea dejar de fumar, pero no pueden; alrededor de el 50% de los exfumadores reinciden en los primeros 6 meses (Puente, 1984). Con lo que respecta a su frecuencia de uso, los factores causales son multideterminados y en muchas ocasiones se interrelacionan, sin embargo, se mencionan más comúnmente los siguientes: a) algunos sectores de la población desconoce los daños que provoca su abuso, debido a la falta de información o porque los efectos se presentan a largo plazo, b) la poca prevención que se ha realizado, c) la asociación frecuente con experiencias de placer, d) la accesibilidad a la sustancia e) la cantidad de lugares donde se vende, f) la asociación a situaciones y valores sociales, y g) la permisividad de algunos grupos. Una vez adquirido el hábito, éste se mantiene por dependencia física y/o psicológica, y en parte por los estímulos sociales, todo realza la importancia de encontrar estrategias efectivas y útiles para su prevención y tratamiento (Kanfer, 1980).

Dada la importancia del problema tabáquico, la Psicología, como en otras disciplinas, no ha ignorado este fenómeno y se ha evocado a investigarlo y aportar alternativas eficaces de solución. Dentro del Análisis Experimental de la Conducta el problema de las conductas adictivas ha tenido un papel importante en la investigación con respecto a la prevención y el tratamiento. La característica principal de las conductas adictivas (desde este enfoque), es que generalmente, llevan a consecuencias positivas en un periodo corto de tiempo, pero con consecuencias negativas a largo plazo. Se ha realizado mucha

investigación diseñada para investigar los elementos incentivos en el abuso de sustancias. Estas investigaciones indican que existen muchos traslapamientos en eventos a corto plazo que inician y mantienen el uso y abuso de sustancias. Por lo tanto, estas consecuencias positivas a corto plazo parecen expandirse a las áreas psicológicas, físicas y sociales, sugiriendo que las conductas adictivas son multideterminadas (Caddy, 1976).

La creencia de que las conductas adictivas son controladas principalmente por sus consecuencias positivas a corto plazo, pero con consecuencias negativas a largo plazo, sugiere que estas conductas son lógicamente candidatas para la aplicación de autocontrol (Maisto, 1981).

Skinner (1953), ofreció un criterio preciso de lo que es autocontrol y detalló algunas técnicas para lograrlo. Durante la década de 1960 otros autores se interesaron en la materia e hicieron nuevos aportes; pero la asociación casi automática del autocontrol con la "fuerza de voluntad" y la discusión entre los conductistas radicales y los cognoscitivistas, fueron factores, entre otros responsables, de que por muchos años no se le haya otorgado el justo interés al área de autocontrol. Ha sido en años más recientes cuando el mundo clínico conductual parece descubrir el justo valor de esta alternativa terapéutica, debido tal vez, a que las teorías conductual y cognoscitiva han ampliado sus horizontes teóricos y prácticos. De esta forma el autocontrol puede considerarse como una seria y alentadora alternativa de investigación. Hoy en día sus parámetros se evalúan sistemáticamente y los procedimientos para lograrlo se refinan, y cada vez mejoran las probabilidades del hombre para desarrollar

la habilidad de controlar su propia conducta.

Teniendo en cuenta la importancia que representan el tabaquismo como conducta adictiva y el autocontrol como una alternativa terapéutica, así como también la inexistencia de algún trabajo que se haya dirigido a investigar el estado actual de interrelación de dichos fenómenos, se llevó a cabo la presente investigación bibliográfica.

Para lograr el objetivo mencionado al inicio de ésta introducción, se llevó a cabo la búsqueda de la información en bibliotecas, hemerotecas y banco de datos, siguiendo los siguientes criterios:

1. El autocontrol como grupo de técnicas que sigue un marco teórico más o menos definido, y no como una sola técnica en particular.
2. El tabaco fumado solamente en forma de cigarrillos.

Con la información recabada se realizó un análisis de la misma en forma de fichas bibliográficas, para posteriormente organizarla e integrarla de la siguiente forma:

Dentro de los dos primeros capítulos se trata de dar una visión meramente descriptiva y general de lo que son el fenómeno del tabaquismo y el autocontrol. Dentro del tercer capítulo se citan en forma de resumen las investigaciones encontradas para posteriormente mencionar los hallazgos de lo que cada una aportó. En la conclusión general se ligan los capítulos anteriores, tratando de esclarecer la situación actual y las expectativas para el futuro en la relación de los fenómenos del tabaquismo y autocontrol.

CAPITULO 1

"TABAQUISMO"

CAPITULO 1
"TABAQUISMO"

Generalidades del Tabaco

1.1. Historia del Tabaco.

El tabaco (*Nicotina Tabacum*) es una planta que se usa desde hace siglos, originaria de América, ya conocida por los toltecas, aztecas, tarascos y mayas entre otras culturas; los historiadores sugieren la posibilidad de que los tarascos hayan sido los primeros en fumar tabaco, aunque sólo lo hacían los sacerdotes y los representantes de las divinidades; no existen pruebas que la gente común fumara (González, 1980). La hierba "yetl" o "kuots", es decir, tabaco en lengua nahuatl y maya respectivamente, jugaba un papel mitológico, espiritual y religioso para los indígenas, era parte de sus raíces, costumbres y hábitos. Fumar para ellos representó un ritual santuario y de ofrenda (González, 1980), porque el tabaco tenía poderes mágicos y agradaba a los dioses (Thompson, 1979).

Para pronósticar algún acontecimiento los adivinos y sacerdotes aspiraban el humo por la boca en un largo tubo que contenía tabaco. El ofrendar pelotitas de tabaco arrojándolas al fuego tenía como objeto que la divinidad tuviera olores gratos (González, 1980). El humo del tabaco hacía encantamiento o acto sagrado que protegía a la gente alejando a los seres del mal y a la muerte (Thompson, 1979).

Eran diversas las formas de absorber las sustancias activas del tabaco, ya fuera inhalándolo en forma de rapé o masticándolo

mezclado con cal, o bien fumándolo en rollos hechos con las mismas hojas de la planta o de maíz y en pipas o en otros instrumentos similares (Thompson, 1979).

Los españoles a su llegada a América encontraron que el tabaco se fumaba en Antillas, México, Brasil, la Florida y Virginia. La primeras semillas de tabaco fueron llevadas a España en 1510 por Francisco Hernández de Toledo (Ibañez y SanJuan, 1983). En 1518, Fray Romano Pane envió al emperador Carlos V semillas de tabaco que se sembraron inmediatamente, y en 1560 Jean Nicot, embajador francés en Portugal, envió también semillas a la Reina de Francia y posteriormente a Linneo, quién dio el nombre de nicotina a la planta. (Tapia, 1980).

La adaptación del tabaco a los diferentes ambientes sociales tuvo diversos procesos de aceptación y rechazo. En España, por ejemplo, se fumaba en niveles bajos de la sociedad, ya que en la alta sociedad se veía como una costumbre vulgar. Jacobo I de Inglaterra lo prohibió fumar en público en 1604 (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980). Se condenaba y perseguía a los fumadores y la religión lo consideraba nocivo y pecaminoso; a pesar de ello, su empleo se fue generalizando hasta ser un hecho socialmente aceptable (Tapia, 1980).

Hacia el año de 1855 se inventó la máquina para hacer cigarrillos, a fin de favorecer su comercialización a gran escala, dando paso a la creación de las grandes industrias del tabaco, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra (Ibañez, 1980).

El uso del tabaco sobre todo en forma de cigarrillo se extendió enormemente después de la Segunda Guerra Mundial

(Rubio, 1986). Coincidiendo con su generalización se empezó a observar el aumento en varios padecimientos, entre los más graves: cáncer en varios órganos, sobre todo el pulmón, enfermedades en las vías respiratorias bajas, padecimientos cardiovasculares y otras (Tapia, 1980).

1.2 Componentes del Tabaco y Efectos en el Organismo.

Las hojas del tabaco contienen varios centenares de componentes en una compleja mezcla, pero dos de ellas son específicas de la planta, uno es la nicotina, que es un alcaloide vegetal de base salificable nitrogenada, y las sustancias relacionadas con ella; el otro grupo es el de los nosprenoides. Las sustancias que se consideran más nocivas para la salud del fumador son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (Tapia, 1980).

Nicotina

La nicotina es el componente activo más importante del tabaco y sólo existe en la naturaleza en forma natural en la planta del tabaco, y por consiguiente en el humo de pipas, cigarrillos y puros. La nicotina es un alcaloide líquido, oleaginoso e incoloro que se pone amarillo y después pardo oscuro cuando entra en contacto con el agua; se disuelve fácilmente en agua y alcohol (Becoña, 1988). La nicotina existente en los cigarrillos en los países occidentales oscila entre 0.1 y 2.1 mg. por cigarrillo. En cada cigarrillo dos tercios de nicotina van a la atmósfera y un tercio llega al fumador. Si no inhala el humo absorbe un 5% de ese tercio y si lo inhala absorbe el 70% de ese

tercio. La dosis letal en el hombre oscila entre 0.5 y 1.0 mg. por kilo de peso (Becoña y Lorenzo, 1989). La cantidad de nicotina que ingiere cada fumador depende tanto del tipo de cigarrillos que fuma con la cantidad de nicotina determinada, así como de la topografía de la conducta del fumador (profundidad de la inhalación, número de inhalaciones, etc.) (Henningfield, 1983). La vida mediana de la nicotina en el organismo es corta, estimándose de 20 a 60 minutos (Russell y Feyerabend, 1978). En algunos casos, como lo apunta Benowitz (1983), la vida terminal puede llegar a 2 horas, aunque tiene efecto de pico.

La nicotina se absorbe inicialmente por el árbol bronquial a los alveolos pulmonares, aunque ello depende del pH de la nicotina del tabaco. Así mientras que en los cigarrillos el pH es ácido y se absorbe por el árbol bronquial y los alveolos pulmonares, los cigarros puros tienen la nicotina en forma de sales básicas. Estas sales de los cigarros puros se disuelven en la saliva y se absorben por la mucosa bucal y por los plexos venosos sublinguales. La nicotina, como los otros compuestos de los cigarros puros, afecta poco a los pulmones al ser suaves las inhalaciones, debido a que la nicotina se absorbe por la boca, mientras que los fumadores de cigarrillos tienen que hacer inhalaciones profundas para absorber la nicotina por los pulmones y así mantener su nivel de nicotina en la sangre, llegándoles de este modo más sustancias nocivas a los pulmones (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988).

Según Tapia (1980) la nicotina actúa a diferentes niveles, según la dosis que exista en el organismo:

- a) En el sistema nervioso central, como estimulante, aumenta

el grado de atención y la capacidad de percepción mental. A dosis tóxicas produce temblores y aun convulsiones, excitación respiratoria, y vómito; tiene acción antidiurética por la liberación de la hormona específica.

b) En el sistema periférico ejerce un efecto inicial transitorio estimulante, seguido del efecto depresor de los ganglios autónomos, de manera similar actúa en el músculo esquelético.

c) En la médula suprarrenal produce la liberación de pequeñas cantidades de adrenalina que actúan sobre el aparato cardiovascular.

d) En el aparato cardiovascular produce taquicardia y vasoconstricción con aumento de la presión arterial.

e) En el aparato respiratorio causa ruptura de los tabiques alveolares, fibrosis y engrosamiento de las paredes de las arterias pulmonares y cambios metaplásticos del epitelio respiratorio.

f) En el aparato digestivo aumenta el tono de la actividad motora del intestino por estimulación parasimpática, con aumento en la secreción salival seguido de disminución de la misma.

g) En otras localizaciones, como los ojos y la vejiga, ocasiona irritación.

La acción de la nicotina en el cerebro es, sin embargo, de las más importantes para el fumador. Como ya se mencionó, la nicotina es un estimulante, pero probablemente de más importancia es la capacidad de alterar el estado de ánimo; por ejemplo la irritación y la agresión (Cherek, 1983) pueden ser controladas por la nicotina. La naturaleza funcional de la nicotina está

apoyada por su habilidad para incrementar el descenso de glucosa (London, Waller y Wamsley, 1985). Los receptores están más densamente localizados en el córtex y en el sistema límbico, siendo probable que la nicotina actúe como estimulante en el córtex, pero al mismo tiempo puede actuar sobre el sistema límbico como sedante; esto es, inhibiendo y amortiguando las emociones. En el nivel psicoconductual parece aliviar la inquietud emocional e incrementar la habilidad para enfrentarse con los problemas de cada día (Aceto y Martín, 1981).

Alquitrán

El alquitrán es uno de los principales componentes sólidos del cigarrillo, esta sustancia se debe al papel del cigarrillo y a la combustión del tabaco (Becoña y Lorenzo, 1988). Contiene numerosos carcinógenos siendo de los más importantes los hidrocarburos policíclicos; posee además una gran cantidad de sustancias irritantes (Tapia, 1980). Este ingrediente es el responsable del cáncer en el pulmón y padecimientos respiratorios (Royal Collage of Psysicians, 1983).

La mayoría de los componentes carcinógenos identificados en el alquitrán del humo del cigarro no están presentes en la hoja natural del tabaco, sino que se forma por la alta temperatura de combustión. La retención de las partículas del humo inhaladas en el aparato respiratorio del hombre es del 80 al 90% si la respiración se sostiene de dos a cinco segundos. Las partículas penetran profundamente en las vías respiratorias y se depositan en la superficie de los bronquiolos respiratorios y en el perénquima pulmonar (Tapia, 1980).

El humo del cigarrillo es una mezcla de gases, vapores no condensados y materias líquidas en partículas. Entra a la boca como un aerosol concentrado con billones de partículas por centímetro cúbico. La cantidad de alquitrán que produce el humo del cigarrillo varía según la longitud del mismo, el uso del filtro, la porosidad del papel, el contenido de tabaco, el peso y la clase de éste (Tapia, 1980).

Monóxido de Carbono

El monóxido de carbono (CO), es un gas incoloro, que forma parte del 5% del total de gases del cigarrillo, y se absorbe sólo si se inhala el humo. El CO se genera a partir de la combustión del tabaco y la combustión del papel del cigarrillo. El CO, en el sistema pulmonar, se combina con la hemoglobina (Hb) de la sangre produciéndose la carboxihemoglobina (COHb), misma que produce un menor aporte de oxígeno al organismo con lo cual contribuye a la presencia de trastornos cardíacos y respiratorios (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988).

La carboxihemoglobina tiene una vida media de cuatro horas y se elimina proporcionalmente a la actividad del individuo y a su ventilación pulmonar, lo que determina que los niveles de COHb se mantengan durante la noche, ya que la actividad física es casi nula y la ventilación pulmonar disminuye (Tapia, 1980).

1.3. Aspectos Económicos del Tabaco en México.

En noviembre de 1972 el gobierno mexicano creó por medio de un decreto presidencial una empresa de participación estatal mayoritaria (TABAMEX) con la función de suplir a las empresas tabacaleras y constituirse en el intermediario entre el comprador y los productores agrícolas.

Entre 1974- 75 se cultivaron 39 mil hectáreas, aumentando en los años subsecuentes, como en el periodo de 1985-88 a 49 mil hectáreas, con un total de 48,600 toneladas producidas en 1985 (Puente, 1986). Un 94% del tabaco es consumido en forma de cigarrillos, en 1984 se consumieron 37,000 toneladas, unos 2.500 millones de cajetillas; para 1985 fueron más de 3 000 millones de cajetillas y en 1988 fueron 38,765 toneladas, reportándose el año de 1986 como de mayor consumo con 50,968 toneladas. Es probable que la tendencia de aumento al consumo se mantenga, debido a gran publicidad, los escasos programas preventivos, las violaciones a la ley General de Salud (Puente, 1986).

La industria del tabaco genera una gran cantidad de ganancias al gobierno y a las industrias privadas, por ejemplo, en los años de 1980 como en 1981 se obtuvo por concepto de exportación de tabaco en rama \$U.S. 48,000,000. significando además un promedio mensual de 71 mil horas-hombre de trabajo, así como también los conceptos por publicidad que alcanzaron una cifra de 2 000 millones de pesos en 1983 (Puente, 1986).

1.4 Tabaquismo y Aspectos Médicos

Hábito y Adicción

El comité de expertos sobre fármacos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) intentó separar y definir los conceptos de adicción y habituación de la siguiente manera:

a) Adicción a las drogas: Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que incluye: necesidad a seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) una tendencia a incrementar la dosis, 3) una dependencia psíquica y física a los efectos de la droga, y 4) efectos perjudiciales sobre el individuo y la sociedad.

b) Habituación a las drogas: La habituación es una condición resultante del consumo repetido de una droga. Sus características incluyen: 1) un deseo, pero no necesidad de continuar consumiéndola, 2) poca o ninguna tendencia a aumentar la dosis, 3) algún grado de dependencia psíquica pero ausencia de dependencia física, y por lo tanto no se presenta el síndrome de abstinencia en caso de no tomarla (Aragónés, 1981).

La dependencia puede ser de dos tipos: física y psicológica. En el caso de fumar tabaco en exceso, la dependencia física se traduce a una necesidad de fumar para impedir los molestos síntomas de abstinencia como son la inquietud, torpeza, aumento de apetito, trastornos del sueño, irritabilidad, ansiedad, trastornos gastrointestinales, cefalea, y trastornos de la concentración y la memoria (DSM III). El síndrome de abstinencia

es debido a la influencia de la nicotina.

La dependencia psicológica es definida como el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de una dependencia física, pero al suprimirla se siente la imperiosa necesidad de consumirla (INER, 1991).

Riesgos y Consecuencias del Tabaquismo

Los daños producidos por fumar en exceso no se manifiestan inmediatamente sino que existe un periodo de latencia que puede ser de muchos años entre el inicio y la aparición de los síntomas relacionados con éste hábito, por lo tanto, la persona que se inicia en el tabaquismo está exponiendo a su organismo a un riesgo que en el futuro lo hará adquirir enfermedades crónicas (Tapia, 1980).

Existe una serie de padecimientos asociados indirecta o directamente con el hábito de fumar, entre estos padecimientos se pueden mencionar como los más importantes a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Enfermedades Respiratorias

El aparato respiratorio está diseñado de tal manera que, el área de contacto entre el medio interno y el externo es muy amplia (alrededor de 70 a 100 metros cuadrados). En 24 horas se respiran cerca de 10 mil litros de aire, la mayoría de las veces conteniendo una gran cantidad de agentes nocivos, para los cuales, el organismo cuenta con mecanismos de defensa (INER, 1991).

Las alteraciones iniciales producidas por el tabaquismo en las vías respiratorias, modifican estos mecanismos de defensa

pulmonar. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, importante mecanismo de defensa, cuya función principal es la de eliminar a todos aquellos agresores que han logrado pasar las primeras líneas y han penetrado el tracto respiratorio inferior. Al paralizarse los cilios, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará de gran manera. Los macrógrafos alveolares son fundamentales para el aparato respiratorio; el humo del tabaco provoca que disminuya su función, lo cual favorece la aparición de infecciones respiratorias (INER, 1991).

Las alteraciones anatómicas responsables del deterioro funcional en el aparato respiratorio son, fundamentalmente, el edema de la mucosa, la hipertrofia y la hiperplasia de las glándulas mucosas y el broncoespasmo.

La sintomatología respiratoria en el fumador es hasta cierto punto predecible; inicialmente existe un periodo asintomático de duración variable según la sensibilidad del individuo, conforme aumenta de dosis aparece la "tos del fumador", con características de ser aislada, de predominio matutino, seca o acompañada de escasa expectoración mucosa y que, frecuentemente pasa desapercibida para el fumador o bien éste la menciona como tos "normal". Tarde o temprano el fumador presentará la tos del bronquítico crónico, que es más intensa, en accesos y acompañada de mayor cantidad de expectoración (INER, 1991).

Las enfermedades pulmonares más asociadas con el fumar en exceso son:

- a) Bronquitis Crónica.- Es un estado de inflamación

permanente de los bronquios. Las principales molestias de esta enfermedad son la tos y arrojar flemas que empeoran con el tiempo, sobre todo a las personas que continúan fumando y tienen gripas e infecciones repetidas (UAM, 1989).

b) Enfisema Pulmonar.- Consiste en la destrucción de las fibras elásticas de los alveólos pulmonares provocando que los pulmones se queden expandidos existiendo por lo tanto una ventilación muy pobre, que trae como consecuencia la falta de aire cuando se hace un esfuerzo, ya que la aspiración comienza en un punto donde el pulmón ya se encuentra aspirando, reduciéndose el aporte de oxígeno a una cuarta o quinta parte de lo normal (UAM, 1989).

c) Cáncer Pulmonar.- Es un tumor que nace en los bronquios ya que estos llegan hasta dentro del pulmón, además de llevar el aire que respiramos, puede llenarse de humo de tabaco; este humo contiene sustancias irritantes que afectan el bronquio, si esta irritación es diaria, porque se fuman muchos cigarrillos por mucho tiempo, forma en los bronquios el tumor que varía de tamaño (UAM, 1989).

Es importante mencionar que algunos factores que explican en parte el porqué no todas las personas que fuman sufren de las enfermedades arriba mencionadas. Al respecto se puede considerar: la edad de inicio del hábito, la forma en que se fuma, el tipo de tabaco, el tiempo y la calidad de cigarrillos fumados.

La edad de inicio es muy importante, pues entre más tiempo tenga fumando más probabilidad tiene de adquirir una enfermedad. Por lo que respecta a la forma de fumar, es importante considerar además de la cantidad de cigarrillos y la edad de inicio, la

rápidez, la frecuencia y la profundidad de las inhalaciones, pues estos factores ayudan a aumentar la posibilidad de daños mayores. El último tercio del cigarrillo retiene la mayor cantidad de compuestos nocivos producidos en las primeras porciones; si se consume está última se inhala la mayor cantidad de compuestos nocivos (INER, 1991).

En relación con el tipo de tabaco, intervienen factores como la longitud, la cantidad de nicotina y alquitrán presentes en el mismo, la presencia o no de filtros, e incluso el tipo de papel que se utiliza en la elaboración. Por lo que respecta al filtro, éste disminuye la cantidad de compuestos nocivos inhalados, pero aún así, el total de las sustancias retenidas es menor a las inhaladas (INER, 1991).

Enfermedades Cardiovasculares

a) Hipertensión Arterial.- Significa una presión muy alta de sangre en los vasos sanguíneos por lo que existe una sobrecarga para el corazón ya que tiene que luchar contra una resistencia mayor. Sus causas difieren, entre ellas las prisas, tensión, consumo excesivo de estimulantes como la nicotina y el café. La hipertensión arterial conduce a la arterioesclerosis (UAM, 1989).

b) Arterioesclerosis.- Se trata de una acumulación anormal de grasas y calcio en las paredes de las arterias por lo que los vasos sanguíneos pierden elasticidad, se estrechan, y el correr de la sangre se ve dificultada, como consecuencia aparecen trastornos en la irrigación (UAM, 1989).

c) Infarto al Miocardio.- Es la obstrucción total de una de las ramas de las arterias coronarias. Se produce un coágulo y

debido a esta obstrucción una zona del músculo cardíaco queda sin irrigación sanguínea por lo que se infarta y muere. En esta enfermedad los efectos nocivos del tabaco se deben a la acción del CO a través de la COHb que disminuye el nivel de O en la sangre.

Las personas que fuman 20 o más cigarrillos diarios tienen aproximadamente 3 veces más peligro de un infarto que los que no fuman (UAM, 1989).

Se sabe que de los distintos componentes que contiene el tabaco, el que mayor repercusión tiene durante el embarazo es la nicotina por su efecto de vasoconstricción generalizada y primordialmente uteroplacentaria, así como el aumento de la hemoxihemoglobina. Este efecto es directamente proporcional al número de cigarrillos fumados; a mayor dosis, mayor tiempo de vasoconstricción y se considera que por cada cigarrillo fumado el tiempo de vasoconstricción es de 20 minutos, lo que quiere decir que por cada cajetilla de cigarros al día, existirá de 6 a 7 horas de vaso espasmo. La vasoconstricción útero-placentaria repercute a nivel fetal y va desde un aumento en el índice de abortos, muertes fetales, desprendimiento prematuro de placenta y malnutrición intrauterina, con su consecutivo retardo de crecimiento, hasta un importante incremento en la presencia de toxemia (INER, 1991).

En México la proporción de enfermedades asociadas con el hábito de fumar tabaco ha ascendido en las últimas décadas, así se puede observar que la tasa de mortalidad por enfermedades pulmonares se incrementó en un 1.6% y las enfermedades isquémicas cardiovasculares en 2.71% por mil habitantes en un periodo

comprendido entre 1970 y 1981. De continuar con esta tendencia sin modificaciones, se espera que para el año 2000, haya una población estimada de 100 millones de habitantes, 21 mil muertes por enfermedades pulmonares y 28 mil por enfermedades coronarias por año.

En una encuesta nacional de adicciones referida a la población urbana con edades de 12 a 65 años, el 52% declaró nunca haber consumido tabaco, el 25% declaró consumir tabaco y el 21.65% refirió haber fumado alguna vez pero ya no tener el hábito. Los hombres tienen una prevalencia mayor de fumadores que las mujeres. Los fumadores predominan entre los 18 y los 29 años. La mayor prevalencia de fumadores ocurre en la ciudad de México y la menor prevalencia en la región sur (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán). La distribución de los fumadores dependientes no sigue ese patrón, se registra un mayor porcentaje en la región noroccidental (Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) (Guillén-Abasolo, 1991).

En México, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ocupa el primer lugar desde 1969. En los últimos 30 años, las tasas de muerte por infarto del miocardio se han incrementado más de 40 veces. En el Instituto Nacional de Cardiología los individuos fallecidos a consecuencia de Infarto Agudo al Miocardio y fumadores vivieron de 4 a 6 años menos que los comparables no fumadores (Chávez-Domínguez, 1991).

La secretaría de Salud, por medio del Registro Nacional de Cáncer, publicó los resultados de la frecuencia relativa de neoplasias diagnosticadas en el grupo de hospitales del D.F. en el año de 1987. Los resultados indicaron que el cáncer en el

pulmón ocupó el séptimo lugar (3%); al ajustar por sexo en mujeres fue el décimo en frecuencia con 182 (1.7%) casos y el quinto en hombres con 312 (5.4%) casos. Otros tumores asociados al tabaquismo, como vejiga urinaria, ocupó el décimo lugar para los hombres y mujeres con 383 (2.4%) casos, y en hombres hubo 217 (3.8%) casos de cáncer en la laringe, ocupando el octavo lugar. Finalmente, cáncer en la boca y encías en hombres fue décimo cuarto con 114(2.4%) casos registrados (Ochoa-Carrillo, 1991).

1.4. Tabaquismo y Aspectos Psicológicos

Inicio y mantenimiento del Hábito de Fumar

La adolescencia es un periodo en el cual el niño está en proceso de reducir su dependencia familiar y la transfiere a otros de la misma edad. Como resultado de las necesidades del adolescente, existe la dependencia hacia grupos que tienen como función proporcionarle la oportunidad de experimentar con gran variedad de conductas sociales, que pueden ser aceptadas o rechazadas y a través de las cuales logran expresar su independencia y separación de los padres (INER, 1991). Es en este periodo cuando convergen factores de naturaleza psicosocial que inducen a fumar como son: disponibilidad, curiosidad, rebeldía, anticipación a la adultez, confianza social, presión social, imitación de padres hermanos y medios de comunicación. Otra característica que influye en la persistencia del hábito es su consistencia, lo cual es muy importante, ya que la capacidad de aprendizaje aumenta proporcionalmente cuando el reforzamiento sigue de cerca la respuesta. En este caso, el reforzador se

obtiene inmediatamente con cada inhalación y los efectos negativos son muy lejanos y no se observa a corto plazo (INER 1991). Además de los factores psicológicos antes mencionados, el efecto farmacológico de la nicotina es, en sí mismo un reforzador, que actúa como estimulante o sedante de acuerdo con la dosis, el sitio de acción, etc. El fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y agrega las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas, al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante gratificación farmacológica (Aragón, 1984). Podemos decir entonces que si tomamos en cuenta el número de fumadas por cigarrillo (7 a 10 aproximadamente) y la cantidad de cigarrillos consumidos al día, se puede calcular la enorme carga de reforzadores, lo que lleva a la conclusión de que el fumar es una conducta altamente reforzada (INER, (1991).

El Enfoque Conductual al Tabaquismo.

El punto de vista conductual considera al tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, y el juego impulsivo, dentro de un rubro general denominado "conductas adictivas". Para conocer el estado actual de estas conductas es necesario conocer los cambios de enfoque teórico que a sufrido a través del tiempo, ya que dichos cambios han causado que los tratamientos sean muy distintos. Marlatt (1982) señala estos cambios de enfoque:

1. El modelo moral fue el punto de vista que domino las concepciones de adicción en los primeros años de la década. Un adicto fue percibido como alguien quién carecía de fibra moral

para resistir tentaciones. En el caso del alcoholismo, por ejemplo, la sociedad etiquetaba al "borracho" como una persona carente de moral o de falta de voluntad, alguien quien no era capaz de resistir la tentación de dejarse vencer por los espíritus diabólicos del alcohol. La condenación moralista del alcoholismo alcanzó su mayor altura en este siglo con la prohibición fracasada del alcohol en los Estados Unidos de América.

2. Con la derrota del enfoque moralista, un nuevo enfoque menos estricto empezó a sobresalir en una forma de "modelo de enfermedad". Las conductas adictivas fueron enfocadas como una forma de dependencia física y la atención se dirigió a los efectos biológicos del uso de drogas como una causa subyacente de adicción. Cuando la Asociación Médica Americana oficialmente declaró al alcoholismo como una enfermedad ofraciendo así mismo una serie de ventajas sobre el modelo moral. El diagnóstico del alcoholismo como una enfermedad absuelve al alcohólico de la responsabilidad personal ya que se le justificaban: ¿Se le puede condenar a un diabético su condición? ¿No? tampoco al alcohólico. Si la persona ve su adicción como enfermedad adquiere un papel pasivo o de víctima, llevando como objetivo terapéutico la abstinencia.

3. En años recientes un enfoque alternativo para entender los problemas de las conductas adictivas ha recibido considerable atención. Derivado de la teoría del aprendizaje, psicología cognoscitiva, social y experimental, el modelo de autocontrol crea un número de postulados que difieren marcadamente del modelo de enfermedad. En el modelo de autocontrol las conductas

adictivas incluyen conductas como abuso del fumar, beber, comer, y apuestas compulsivas. En términos de frecuencia de ocurrencia, las conductas adictivas son vistas a lo largo de un continuo más que en términos de escala dicotómica de abstinencia contra conducta excesiva. Todos los puntos a lo largo del continuo de frecuencia pueden ser controlados por medio del proceso de aprendizaje. Las conductas adictivas son vistas como hábitos aprendidos que pueden ser analizados y modificados en la misma forma que otras conductas maladaptativas, tomando en cuenta que las conductas adictivas están sujetas a consecuencias físicas negativas. El modelo de autocontrol se interesa por los determinantes de la conducta adictiva incluyendo antecedentes de desarrollo, ambiente, creencias, expectativas, la historia de aprendizaje y las principales experiencias con la sustancia y actividades relacionadas con ella. Por lo tanto, existe un interés por descubrir las consecuencias de estas conductas para obtener un mayor entendimiento de los efectos reforzadores que incrementan el uso y consecuencias que pueden servir para inhibir la conducta. Añadiendo a los efectos que tiene la droga, se toma atención a las reacciones sociales e interpersonales experimentadas por los individuos antes, durante y después que la conducta adictiva ha sido llevada a cabo.

Es importante mencionar ahora, que en el presente trabajo la exposición de los aspectos psicológicos del tabaquismo solamente se ha tomado en cuenta el enfoque de la modificación de la conducta, ya que dentro de la Psicología Clínica existen otros enfoques, no menos importantes, que abordan el fenómeno desde distinta perspectiva.

CAPITULO 2
"AUTOCONTROL"

CAPITULO 2

"AUTOCONTROL"

2.1. Introducción General

Existen varias posibles razones que justifican la elevada consideración que se concede a la capacidad de una persona para controlar sus propias acciones. Las pautas de autocontrol tienen varios valores, entre los más importantes se encuentran los de sobrevivencia y socialización (Thoresen y Mahoney, 1974). El hecho de que una persona cuide y controle su salud es en sí misma de sobrevivencia. Muchas relaciones interpersonales y organizaciones sociales dependen de la capacidad de los individuos para adecuar sus conductas de autocontrol, ya que las reglas sociales no se encuentran continuamente reforzando al sujeto inmediatamente por cada cadena conductual que realice en un vasto y complejo rango de actividades; así, la demanda social simple de autocontrol de muchas conductas es un prerequisite para la participación en la comunidad social (Kanfer 1970). Varios de los grandes objetivos de la formación humana en numerosas culturas es el permitir a las personas gobernar, mantener y coordinar sus acciones en ausencia de restricciones externas de carácter inmediato, de aplazar o renunciar a gratificaciones, de soportar el dolor inevitable, y de regirse a sí mismo. Además de los valores de sobrevivencia y social, el autocontrol también se ha descrito en términos de libertad personal, posibilidad de elección, y autodeterminación. Como una

persona determina en sí misma una parte importante de su propio ambiente, la capacidad de autocontrolarse puede tener un cierto valor remunerador. La libertad de conducta se centra en la diversidad de opciones ambientales y en la amplitud de los repertorios de respuesta individual. La capacidad de elegir entre diversas opciones de respuesta, condiciones de refuerzo o tipos de recompensa o gratificación pueden resultar en sí mismo reforzante (Thoresen y Mahoney, 1974).

El punto de vista del desarrollo moral como parte del crecimiento psicológico y de maduración se enfoca en cómo el sujeto desarrolla autocontrol. Es importante señalar que un gran grupo de clínicos y teóricos de muchos campos comparten un interés común para poder ayudar a las personas a desarrollar y usar habilidades de autocontrol. Dentro de la Psicología Humanística y Educacional la adquisición de habilidades en el sujeto para que maneje su conducta, tener una personalidad adecuada a las normas sociales y adaptarse a las influencias pasadas y presentes de su medio social y físico son de vital importancia (Buheler y Allen, 1974).

Se presume que el autocontrol es una conducta o grupo de conductas que se adquieren en forma muy semejante a las otras conductas. Los individuos aprenden a controlar su propia conducta de acuerdo a los principios del aprendizaje. En el inicio del crecimiento humano a un niño le controlan la conducta los agentes externos, como padres y profesores, quienes establecen criterios y proporcionan las consecuencias por la ejecución. Los criterios varían para las diversas conductas. Algunos padres establecen estándares elevados para el logro académico o musical pero no

para las habilidades mecánicas o sociales, o para los quehaceres domésticos. En realidad, los estándares pueden variar para los hermanos de diferente sexo en la misma casa. El reforzamiento positivo se entrega cuando el niño alcanza el criterio, mientras que el castigo (o falta de recompensa) se aplica a la ejecución que queda por debajo del criterio. Según va progresando el entrenamiento, se puede asumir que al lograr un estándar en particular se obtendrán las consecuencias reforzantes, puesto que en el pasado se apareaban al logro con el reforzamiento externo. A la inversa, la falla para lograr un estándar puede convertirse en aversiva cuando se le aparea con el castigo o la falta de recompensa. De este modo, el logro o falta del logro de un criterio externo o autoimpuesto puede contener su propia recompensa o castigo (Bandura, 1969). Mediante el entrenamiento (o socialización) al inicio del desarrollo, el proceso de establecer criterios y de proporcionar consecuencias por el logro, se convierte eventualmente en independiente de las consecuencias externas (Kazdin, 1978).

La interpretación anterior de cómo se desarrollan los patrones del autorreforzamiento y castigo han recibido algún apoyo (Bandura, 1969). La investigación de laboratorio ha demostrado que los patrones en la formación de criterios y del autorreforzamiento pueden transmitirse en formas consistentes a esa interpretación. Por ejemplo, una persona puede aprender a evaluar su propia ejecución basándose en la forma que otros evalúan tal ejecución. Los individuos a quienes otros recompensan generosamente, son más generosos para recompensarse a sí mismos (Kanfer y Marston, 1963). De esta forma, uno se administra refor-

zadores a sí mismo consistentemente con la forma en que los demás han proporcionado el reforzamiento (Kazdin, 1978).

También el modelamiento es extremadamente importante para transmitir patrones de autocontrol. Si a un niño se le expone a un modelo que establece estándares altos o bajos para el autorreforzamiento, el niño adoptará estándares semejantes para él mismo (Bandura y Kupers, 1967; Mischel y Liebert, 1966). Los individuos expuestos a modelos que han obtenido estándares de logros bajos, tienden a recompensarse a sí mismos por una ejecución mediocre (Bandura, 1969). Los criterios de la ejecución en los patrones autorreforzantes son transmitidos a través del modelamiento, el reforzamiento directo y del control social (Mischel y Liebert, 1966).

Dentro del campo de la educación, el autocontrol se ha considerado como una meta importante. John Dewey (1939) señaló que "el ideal de la educación es la creación del poder del autocontrol". Para Dewey el autocontrol es el poder de libertad, la forma de desarrollar metas, juzgar sabiamente el progreso propio, evaluar los deseos e ideas conflictivas por sus consecuencias, y modificar el medio ambiente propio para facilitar el logro de objetivos.

2.1. Autocontrol Conductual

Generalmente se ha dicho que el hombre se comporta racionalmente. Esta "racionalidad" se define diciendo que un sujeto escoge entre todos los caminos de acción posible aquel

que le prometa maximizar el valor esperado (o maximizar el costo) a largo plazo. Esta racionalidad implica la existencia de un mecanismo de "autocontrol" que lleve a un sujeto a preferir una recompensa de mayor valor, dada en el futuro, a una recompensa inmediata de menor valor, o elegir un evento doloroso en el presente comparado con un daño mayor en el futuro (Bouzas y Morán, 1988).

Sin embargo, al observar la conducta humana, encontramos infinidad de casos en los cuales parece totalmente irracional. Así, frecuentemente elegimos la alternativa que nos proporciona una ganancia inmediata independientemente de que ésta posea un valor muy pequeño, por otro lado, posponemos el enfrentarnos a una situación desagradable a pesar de saber que esto la hará aún más desagradable. A este tipo de comportamiento se le reconoce como "impulsivo" (Bouzas y Morán, 1988).

En psicología, los hallazgos en el área de "autocontrol" se puede dividir tomando en cuenta su objetivo. Así, se puede postular la existencia de tres grandes áreas:

1).- La primera de estas áreas comprende todas aquellas investigaciones enfocadas a determinar los efectos de manipular la magnitud y la demora de una recompensa, midiendo su efectividad o su preferencia. Dado que el objetivo de estas investigaciones es la de encontrar la función y/o los axiomas, que pueden predecir y explicar el que un sujeto muestre una conducta de autocontrol o de impulsividad, se conoce a esta área con el título de "Conocimientos Básicos".

2).- La segunda área es el puente entre lo que se llama el conocimiento básico y la aplicación de este conocimiento. Aquí,

se trata en un principio de generalizar los conocimientos adquiridos en especies infrahumanas a humanos, señalando las variables que determinan la complejidad de la conducta. A esta área se le llama "Ampliación de los Conocimientos Básicos".

3).- La tercer área se aboca al problema de utilizar los conocimientos obtenidos en las otras áreas con la finalidad de producir un cambio a beneficio del individuo o grupo, por lo tanto, se le denomina como "Terapia Conductual o Ingeniería Social" (Bouzas y Morán, 1988).

Dentro de esta última área, se han venido experimentando cambios importantes. La corriente conductual radical, en algún momento, consideró que el ser humano sólo respondía a las influencias ambientales y que éstas dominaba sus acciones. Posteriormente, estableció que dichas influencias ejercen en realidad un impacto limitado, ya que la forma en que se transforman y elaboran cognoscitivamente determinan lo que se aprende y hasta donde será retenido. Se mantiene el punto de vista que el medio ambiente no es un operador que repercute inevitablemente sobre los individuos; más bien, y mientras no sean concretadas por medio de acciones adecuadas, se tratará solo de una potencialidad. Si no se alcanza el fuego, este no daña a las personas. Las recompensas y los castigos por realizar o no una conducta permanecen a la expectativa. Es mediante la conducta que la gente desarrolla un papel activo, formado y creando parte del medio, el cual influye de una manera recíproca al sujeto (Thoresen y Mahoney, 1974). Es fácil comprender que en sus inicios, el ser humano estuvo a merced del medio externo, y conforme se fue desarrollando ha podido lograr

un elevado control sobre éste. Hoy en día se pueden modificar una gran cantidad de eventos medio-ambientales, pero algo que no ha podido lograr en su totalidad, es el control y la modificación de su propia conducta, lo cual se puede constatar en los intentos de cambio de hábitos y costumbres descritos en la literatura de carácter religioso y social, tanto en orientales como occidentales (Thoresen y Mahoney, 1974).

El enfoque conductual al tema del autocontrol pone en relieve la relación existente entre la conducta de una persona y el ambiente que le rodea, considerando bastante importante factores tales como la trayectoria anterior, la motivación, el pensamiento, y la emoción que constantemente ocurren dentro de cada uno de nosotros. El autocontrol conductual es más que la manipulación de lo observado, arreglar claves externas y consecuencias. Se va más allá de medios empíricos del conductismo que se restringe solamente al medio (Skinner, 1953). De este modo, el autocontrol toma en cuenta la existencia de estímulos internos y externos; estos estímulos pueden variar en su frecuencia, localización, modalidad, intensidad, duración y espacio. Importantemente, la persona controla algunos de los estímulos y los modifica. Cada persona parece tener su propia manera de tratar con los estímulos, debido a que para cada persona el estímulo varía en su forma de ser percibido y en su valor subjetivo. De esta forma, el mismo estímulo puede evocar reacciones positivas y negativas en una persona dentro de tiempos diferentes así como una función de consecuencias positivas y negativas en situaciones diferentes (Thoresen y Coates, 1976). Por lo tanto para ejercer autocontrol el individuo debe

comprender qué factores influyen sobre sus actos y cómo puede modificarlos para poder provocar los cambios que desea. La persona empieza observando lo que ocurre, registrando y analizando datos de carácter personal, empleando algunas técnicas para modificar cosas concretas (por ejemplo, pautas de pensamiento o el medio físico que le rodea) finalmente decidir si se ha realizado o no el cambio deseado. Es importante mencionar el trabajo realizado por Goldiamond (1965) quien expone la relación funcional entre la conducta y el ambiente en la ecuación $C=f(x)$. La conducta de una persona (C) está en función (f) de su ambiente (x). Es decir, ordenando determinadas condiciones ambientales posiblemente así se puedan conocer si se producirá o no una determinada conducta. En el caso del autocontrol se puede pensar una nueva ecuación más significativa: $x=f(C)$. El ambiente de un individuo es una función (f) de su conducta (C). El individuo debe emprender determinadas conductas que modifiquen a su vez sistemáticamente otras conductas pertinentes. De este modo la persona influye sobre situaciones de su vida y se ve a su vez influida por éstas (Thoresen y Mahoney, 1974).

Cuando se contempla el autocontrol desde el punto de vista conductual conviene tener en cuenta una distinción: la existente entre las respuesta "controladas" y las "controladoras" (Skinner, 1953). La respuesta controlada es la conducta por modificar (C en la ecuación de Goldiamond). Este cambio se logra alternando las variables ambientales (por ejemplo, consecuencias en una respuesta o claves ambientales). El acto de manipular estas variables ambientales constituye la "respuesta controladora" (C en la ecuación $x=f(C)$). Esta distinción controlada-controladora

tiene una gran importancia. Si se da por sentado que las conductas pueden verse modificadas por sus consecuencias, esto se aplicará no sólo a la conducta controlada de la formulación anterior, sino también a las conductas controladoras. Si se desea su mantenimiento, las conductas auto-controladoras deben ser adecuadamente gratificadas al igual que cualquier otro acto (Thoresen y Mahoney, 1974).

Recientemente, ha habido un incremento interesante para analizar las conductas de autocontrol desde el punto de vista conductual, lo que ha traído consigo una variedad de definiciones y conceptos de este constructo. A continuación se listan una serie de las definiciones más importantes.

1. Skinner (1953) definió el "yo" como un simple artificio para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificado. Las conductas asociadas con la autorregulación pueden ser consideradas como un importante sub-sistema de personalidad. Desde este punto de vista, el área del autocontrol es capaz de ser investigada, en principio, por los mismos métodos como otros sistemas de respuesta, y el origen de conductas particularmente auto-regulatorias como experiencias aprendidas. Skinner sometió a las conductas comprendidas bajo el término de autocontrol al análisis operante: "Cuando un hombre se controla a sí mismo, elige el curso de la acción, piensa en la solución del problema, o incrementa su auto-conocimiento, él se está comportando. El se controla a sí mismo como si controlara la conducta de otra persona a través de la manipulación de las variables de la cual la conducta es función. Su conducta es propia de análisis, y

eventualmente puede ser evaluada con las variables que caen fuera del individuo. Dentro del cuadro de referencia de dicho análisis: (1) el rasgo aparentemente intangible de la fuerza de voluntad se vuelve definible por la secuencia de las conductas observadas, y (2) estas conductas, como todas las demás, potencialmente están sujetas a su manipulación y control." La persona que controla su conducta, se encuentra en una situación privilegiada, porque tiene acceso directo a sus propios estímulos privados (respuestas verbales encubiertas, y actividad fisiológica). Un organismo puede hacer una respuesta de castigo menos probable o de recompensa más probable alterando las variables de la cual es función. Cualquier conducta que tenga éxito en realizarlo, será automáticamente reforzada. Se le denomina a tal conducta "autocontrol". Una definición más extensa incluye dos casos de autocontrol que pueden ser distinguidos: (1) el caso en el cual un evento altamente valuado o un estímulo reforzador está disponible y el sujeto falla en la realización de la conducta, y (2) el caso en el cual una conducta es ejecutada a pesar de saber las condiciones aversivas. En la mayoría de las situaciones humanas comúnmente consideradas que caen en el dominio del autocontrol, la respuesta bajo cuestión tiene consecuencias conflictivas. Solamente cuando la conducta controlada tiene reforzador positivo inmediato y consecuencias aversivas a largo plazo (p.e. fumar, beber en exceso), o tiene consecuencias aversivas inmediatas pero consecuencias positivas a largo plazo (p.e. actos heroicos, tolerancia al dolor). En ambos casos, la fortaleza de resistencia a la tentación o el incremento a la tolerancia de un estímulo aversivo usualmente involucra la

provisión de variables controladoras suplementarias para contractuar los efectos del reforzador presente. Por lo tanto, los componentes conductuales en la secuencia autocontrolada pueden caer enteramente en una experiencia manifiesta y/o privada. En el caso de esta última, el autocontrol implica que la misma persona es el principal actor en el papel de sujeto y objeto de la conducta. Al mismo tiempo que la persona es el proveedor de las variables independientes que afectan su conducta, la persona también responde a estas variables cuando se lleva a cabo la conducta (Kanfer, 1970).

2. Goldfried y Marbaum (1973) mencionan que el autocontrol puede ser visto como un proceso por medio del cual un individuo es el principal agente en la guía, dirección, y regulación de aquellas características de su propia conducta que pueden eventualmente llevarlo a las consecuencias positivas deseadas. Comúnmente, el énfasis en el autocontrol está puesto en aquellas variables "dentro de la piel" las cuales determinan la motivación para el cambio. Es igualmente importante señalar que las influencias del medio han jugado un papel vital en el desarrollo de propiedades conductuales únicas de la secuencia de autocontrol. De esta forma, se asume que el autocontrol es una habilidad aprendida por medio de varios contactos sociales, y el repertorio de respuestas efectivas de autocontrol es gradualmente construido por medio de la experimentación con un medio complejo. Una vez que la información básica de autocontrol y las técnicas han sido aprendidas, el medio no deja automáticamente la forma o el contenido de la(s) conducta(s) de autocontrol. Sin embargo se requiere un cierto grado de dirección de juicio, para que el

individuo pueda formular un plan de acción, probar su eficacia de control personal en la operación usada, y evaluar los resultados. Uno puede caracterizar este aspecto de autocontrol como un ejercicio de discriminación y de resolución de problemas. Por lo tanto, se puede definir el concepto de autocontrol de la siguiente manera: "El autocontrol representa una decisión personal llevada a cabo por una deliberación consciente con el propósito de integrar acciones que estén diseñadas para llevarnos a resultados y metas previamente determinadas por el mismo sujeto".

De acuerdo con la concepción conductista, el autocontrol está siendo mediado por procesos cognoscitivos que están disponibles a la precognición consciente. Miller y Dollard (1941) y Dollard y Miller (1950) han señalado estas conductas internas mediacionales como "respuestas productoras de claves". Bandura (1969) y Kanfer (1970) han señalado similarmente la importancia de las variables mediacionales que intervienen en el autocontrol. Todas estas concepciones nos indican la importancia del pensamiento y el lenguaje en la corrección de las conductas "impulsivas", y para la introducción de una alternativa cognoscitiva dentro de la secuencia autorregulatoria.

Es importante señalar que los intentos de autocontrol aparecen usualmente cuando las respuestas parecen ser inadecuadas para hacer frente a las demandas internas y externas. De muchas formas, este señalamiento tiene una dificultad particular para mucha gente, ya que la conducta que será controlada tiene comúnmente reforzamiento positivo inmediato. Kanfer y Phillips (1970) señalan que "el proceso de autocontrol siempre involucra

el cambio de probabilidad en la ejecución de una respuesta que tiene consecuencias positivas y negativas, y la iniciación selectiva de una respuesta controladora por la persona, aún cuando la respuesta tentadora tenga disponible un reforzamiento inmediato."

Realmente, la necesidad de autocontrol puede no ser un problema para la persona, pero cuando una fuente externa lo exige, se da el paso inicial. Un buen ejemplo de una fuente externa que puede producir ese inicio de respuestas controladoras son los mensajes de salud que se dan entre el abuso de bebidas alcohólicas y la muerte. La experiencia interna también puede poner el proceso de autocontrol en marcha. Por ejemplo: la vergüenza, la culpa, y la pena sobre los actos irracionales son poderosos incentivos para el cambio. La violación a las normas de conducta internalizadas generan reacciones emocionales poderosas las cuales pueden ser mejoradas solamente cuando la conducta maladaptativa es absolutamente controlada, o al menos se reduce en su frecuencia. En resumen, la definición de autocontrol expuesta incluye los siguientes puntos:

1. Un prerrequisito para el autocontrol es que el individuo determina cual será su meta y los resultados que quiere lograr.

2. Las estrategias de autocontrol deben de ser seleccionadas y programadas para poder reducir la frecuencia de la conducta objetivo. Estas estrategias pueden incluir varios grados de autocontrol, o pueden necesitar de la ayuda de agentes externos para asegurarse de que se pueda llevar a cabo. Sin tomar un poco en cuenta la estrategia que se usará, una condición

necesaria, es que la persona debe ser capaz de verbalizar su meta, y especificar cada uno de los pasos que tomará para alterar su conducta problemática.

3. El autocontrol es un concepto funcionalmente definido. Lo que significa que ya sea que uno no haya demostrado que el autocontrol es determinado por los procedimientos usados sino de las consecuencias de las acciones tomadas.

4. El autocontrol no puede ser tomado como un constructo global de personalidad. El autocontrol puede ser mejor visto como refiriéndose a una respuesta específica, o tal vez una clase de respuestas, que es o son importantes para la alteración de ciertas conductas maladaptativas.

5. Finalmente, se asume que el autocontrol no emerge de ningún potencial innato dentro del individuo, pero que es adquirido a través de la experiencia, ya sea un aprendizaje por ensayo-error o por aprendizaje sistemático.

En contraste con los demás puntos de vista del autocontrol, la orientación conductista cree que el autocontrol puede ser facilitado a través del proceso de aprendizaje. De acuerdo con éste enfoque tiene sentido catalogar a una persona como con "poco" o "mucho" autocontrol, y no tener que verlo como un rasgo general. El punto de vista conductual en el estudio del autocontrol se ha enfocado en los diferentes procedimientos que pueden ser empleados por los sujetos para que tengan mayor y mejor control sobre varias formas de conductas desadaptativas.

Thoresen y Coates (1976) muestran una definición tentativa que intenta sintetizar algunas características comunes

sugeridas por la Teoría de Aprendizaje Social (Bandura, 1974; Mischel, 1973). El autocontrol puede ser definido como "Los procesos cognoscitivos usados para generar respuestas controladoras las cuales, en su momento, alteran factores que modifican la conducta". El autocontrol usado de esta forma está limitado para las áreas problemáticas de la persona y que requieren modificación. Algunas características de la definición mencionada deben de ser aclaradas:

a. Note que el control no es conceptualizado como un rasgo de personalidad. Al contrario, los procesos de autocontrol involucran una variedad de habilidades que pueden aprenderse, y que no están limitados a procesos de reforzamiento.

b. El autocontrol involucra planes que desarrolla la persona e implementa la influencia de una conducta particular. El autocontrol pone un énfasis considerable en las acciones pensadas que el individuo lleva a cabo en su medio para promover el cambio. Sin embargo esto no implica que las influencias medio-ambientales no sean importantes o secundarias. Las interacciones de una persona con su medio externo son marcadamente recíprocas. El medio ambiente constantemente influye sobre la conducta externa e interna, por lo tanto, los estímulos del medio están siendo constantemente procesados y mediados por la persona, siendo también el medio determinado por las acciones de la persona.

c. Las variables que serán alteradas incluyen las variables internas y externas. Por ejemplo, pueden llevarse a cabo auto-verbalizaciones y un sistema externo de incentivos.

d. La distinción entre la conducta problema (acciones que

serán controladas) y las acciones específicas autocontroladoras deben de ser consideradas como cruciales (Skinner, 1953). La distinción entre la adquisición y la realización de las habilidades de autocontrol son vitales. El autocontrol está compuesto por una variedad de acciones encubiertas y manifiestas, las cuales son aprendidas a través de procesos cognoscitivos, pero cuya realización está influenciada por claves y consecuencias.

e. La relativa magnitud y variedad de las acciones autocontroladoras requeridas tienden a disminuir con el tiempo. Al inicio, la constancia y el esfuerzo son típicamente requeridos para alterar los patrones de las conductas problema. Gradualmente el "nuevo" patrón recibe un apoyo del medio (así como lo obtuvo el "viejo" patrón) (Thoresen y Coates, 1976).

Una definición operacional derivada en parte de la definición conceptual dada previamente puede ser valiosa:

"El autocontrol se demuestra cuando una persona, en relativa ausencia de reforzadores externos inmediatos, lleva a cabo una conducta cuya probabilidad ha sido menor de aquellas de las otras conductas alternativas".

La definición anterior, basada en gran medida en el trabajo de Premack (1965) sobre la teoría del refuerzo se limita a afirmar que una persona que se "autocontrola" adopta respuestas que eran relativamente improbables en situaciones previas (Thoresen y Mahoney, 1974). Como la mayoría de las definiciones de la ciencia de la conducta, la anterior definición puede ser imperfecta en materia de interpretación técnica. La definición apunta hacia tres importantes características de los fenómenos

clásicos de autocontrol: 1) implican siempre dos o más conductas distintas posibles, 2) las consecuencias de las mismas suelen ser conflictivas, 3) la pauta de autoregulación suele verse provocada y/o sostenida por factores externos, tales como las consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, un sujeto que elige dejar de beber tiene la opción de 1) beber, 2) no beber. Pero también tiene la opción de mascar chicle o caramelos (Thoresen y Coates, 1976).

Contemplando la secuencia del autocontrol desde un nivel molar, la definición se limita a afirmar que si se dan ciertos incentivos finales y suficientes, una persona mostrará pautas de respuesta cuyas consecuencias inmediatas podrían parecer no reforzantes (Thoresen y Mahoney, 1974). La definición también señala que la persona se está "autocontrolando" cuando lleva a cabo una acción que era relativamente menos probable, en situaciones determinadas, que otras conductas. Más que una dicotomía de autocontrol contra control externo, la definición anterior señala un continuo relativo, ya que en situaciones dadas puede demostrarse más o menos autocontrol. Siempre hay un grado de influencia del medio externo en los procesos de autocontrol. La perspectiva del autocontrol señala la constante interacción de la conducta del sujeto con sus diversos contextos, también se reconoce la importancia del interés del sujeto para cambiar. Este interés es, por supuesto, compuesto por conductas cognoscitivo-simbólicas, reglas o planes que usa el individuo para organizar varias combinaciones de claves, respuestas, y consecuencias, así como las conductas verbales manifiestas que toman parte en los procesos de autocontrol. Mischel (1973) señala la importancia de los procesos mediacionales, ya que la característica principal

del autocontrol recae en la adopción de "reglas de contingencia" por parte de la persona, que guían la conducta en ausencia de, o a veces a pesar de, presiones contrarias del medio externo. De hecho estas reglas de contingencia o planes dicen a la persona qué tipos de conducta son apropiadas o se esperan bajo determinadas situaciones, qué niveles de realización se esperan de la conducta, y las consecuencias (positivas o negativas) para alcanzar o no los estándares trazados.

Esta formulación de las reglas de contingencia comparte muchas cosas en común con el modelo de los tres pasos de autocontrol sugerido por Kanfer (1971), que involucra los procesos de auto-monitoreo, la auto-evaluación, y auto-reforzamiento. Existe un gran cantidad de actividad cognoscitivo-simbólica para poder observar sistemáticamente la conducta propia, comparando la realización propia con los estándares personales o criterios para el éxito, para decidir reforzarse a sí mismo.

4. Rachlin (1974) menciona "el autocontrol se demuestra cuando una persona rechaza una recompensa pequeña e inmediata, por una recompensa mayor pero demorada, o cuando una persona evita un dolor mayor en el futuro, aceptando menos dolor en el presente".

5. Cautela (1969) menciona "El término autocontrol es usado para describir una respuesta del repertorio en el cual un individuo puede realizar respuestas para incrementar o decrementar una posibilidad de respuesta que es percibida como perjudicial para el individuo o para otros. Se dice que la persona que carece de autocontrol es aquella que no es capaz de

cambiar la posibilidad de respuestas indeseables. Se dice que un individuo tiene autocontrol cuando es capaz de realizar una respuesta que inhiba las respuestas indeseables que son menos probable que ocurran bajo ciertas condiciones".

6. Avia (1984) menciona: " En todos los casos el término de autocontrol se refiere a conductas concretas en situaciones específicas, y no a rasgos globales relacionados con la fuerza de voluntad, esfuerzo, etc... Específicamente, se consideran ejemplos de autocontrol aquellos casos en que el individuo desea cambiar la posibilidad de una respuesta de su repertorio, ya sea para disminuirla o incrementarla. En ambos casos las consecuencias inmediatas de la respuesta a modificar entran en conflicto con las consecuencias que de ella se desprenden a largo plazo. Ayudar al individuo a superar ese conflicto entre contingencias, disponiendo el medio y el modo que facilite la aparición de respuestas inicialmente poco probables o la desaparición de respuestas no deseadas de alta probabilidad es la meta del autocontrol" .

7. Fester (1971) distingue tres formas de autocontrol. La forma más ampliamente encontrada enfoca las realizaciones que alteran la relación entre la conducta del individuo y su entorno de tal forma que las consecuencias aversivas para la persona se reducen. El control de la conducta de fumar es un ejemplo de la primera forma. Una segunda forma de autocontrol involucra la realización de conductas que incrementan el largo rango de efectividad de una persona, aún cuando las consecuencias sean demoradas. La práctica del piano es un ejemplo de la segunda forma. La tercera forma involucra la alteración del ambiente

físico más que la alteración de la conducta. El análisis de Fester sugiere la importancia de examinar las consecuencias de todo el autocontrol para optimizar las relaciones de individuo con su entorno físico y social para la obtención eventual de reforzadores disponibles en una cultura dada o en un medio ambiente determinado.

8. Mischel (1962, 1964, 1965.) en una serie de experimentos investigando las variables de demora de recompensa, ha examinado el caso del autocontrol en la cual la recompensa está presente y el sujeto fracasa en obtenerla. El autocontrol fue definido por el investigador como la habilidad de posponer la gratificación escogiendo una recompensa demorada pero mayor sobre la inmediata pero menor. Tales variables, como las expectativas generalizadas del sujeto las consecuencias reforzantes de sus decisiones, la historia de reforzamiento del sujeto, la manipulación de las situaciones, el valor de la recompensa del objeto escogido, y la duración de la demora fueron algunos determinantes en los resultados experimentales. Estos hallazgos señalan la utilidad de métodos ampliamente utilizados para alterar la probabilidad de la consumación de una recompensa inmediata por entrenamiento, promesas o modificación de la recompensa deseada. El paradigma es útil para ilustrar la naturaleza relativa del autocontrol. Las posibilidades de devaluación, depresión, asalto o intervenciones externas tienden a debilitar tales conductas "autocontroladas".

9. Bandura y Walters (1973) han discutido algunas manifestaciones conductuales del autocontrol. Entre estas están consideradas (1) situaciones en las cuales una recompensa social es demorada, y el grado de autocontrol es valorado por la

capacidad del individuo para tolerar tal demora; (2) en situaciones en las cuales un objeto deseado es inaccesible o no obtenible rápidamente. El autocontrol puede ser mantenido evaluando el objeto meta, especialmente, si la persona puede seleccionar un grupo de referencia cuyos miembros mutuamente refuerzan las conductas adaptativas; (3) las situaciones en las cuales existe tentación para llevar a cabo la conducta desviada. La resistencia a la tentación es una manifestación de autocontrol; y (4) las situaciones en las cuales el autocontrol se manifiesta cuando una persona se pone normas explícitas para lograr sus propias metas autorreforzándose contingentemente con la realización de las conductas preestablecidas.

En la expansión de las publicaciones de investigación en el área del autocontrol conductual se hace claro un problema trascendental para poder evaluar los procesos y parámetros del autocontrol se debe especificar primero, con exactitud, qué significa éste término. Las definiciones convencionales suelen equiparar el autocontrol con "contención"; es decir la capacidad para reprimir una respuesta a la vista de una tentación. La característica esencial del autocontrol radica en que es la propia persona el agente de su cambio de conducta. La clasificación de un ejemplo concreto rara vez resulta tan nítida que permita etiquetarlo como autocontrol o control externo. La complejidad de las variables interactuantes en las situaciones de autocontrol es en frecuencia abrumadora. Una pauta de conducta se puede comparar con otras a propósito de su frecuencia relativa, modalidad, cronometraje y magnitud de los componentes externos en relación con el autocontrol. Las variables externas son

aquellas sobre las que las personas carecen de control inmediato o directo. Tiene pues sentido hablar de diferentes grados de autocontrol (Thoresen y Mahoney, 1974).

Otra de las dificultades para llegar a una definición objetiva y explícita del autocontrol deriva de su relatividad social. La diferencia entre "autocontrol" y de "no autocontrol" radica en su contexto social, en la visibilidad de las influencias externas y en la perspectiva del sujeto. En este sentido, los conceptos de autocontrol comparten la relatividad social de otros términos psicológicos tales como "anormalidad", "personalidad" etc.. Levin (1973) señala que las etiquetas autorregulatorias suelen asumir la connotación de un "esfuerzo". Una forma determinada de actuar requiere de un cierto esfuerzo consciente para que la gente lo clasifique como autocontrol. Los puntos de vista modernos de autocontrol han avanzado más allá de las connotaciones populares del término, tales como un rasgo de personalidad o "fuerza de voluntad" que recaen en la gratificación, o resistencia a la tentación. Una variedad de definiciones se han elaborado, algunas de ellas han sido muy limitadas como la de la alteración de contingencias externas (p.e. Goldiamond, 1965), mientras que otros lo conciben como un rango de acciones que van desde la limitación física y el castigo hasta el ensayo cognoscitivo de consecuencias y auto-instrucciones (p.e. Bandura, 1971; Skinner, 1953).

Las definiciones propuestas por varios investigadores han sido definiciones operacionales. La forma en la cual una área de investigación científica se conceptualiza influye fuertemente en las variables que se considerarán como importantes, así como la

forma en que se obtendrán, analizarán, e interpretarán los datos empíricos. Las definiciones operacionales son, por necesidad, altamente restrictivas y limitan el rango del fenómeno estudiado y la manera en la cual las observaciones son integradas a los sistemas teóricos. Una adecuada definición de autocontrol facilitaría la investigación por lo menos en dos formas. Primero, el fenómeno de autocontrol puede ser integrado a un grupo de principios teóricos que son permitidos cuando las definiciones operacionales se emplean solas. Segundo, en un grupo de definiciones conceptuales puede fortalecer la delineación de varias variables que obviamente no están confinadas en el uso de procedimientos. Teniendo esta perspectiva, las definiciones operacionales pueden ser generadas con mayor seguridad de que las variables importantes puedan ser sistemáticamente estudiadas (Thoresen y Coates, 1976).

Una revisión de la literatura nos revela el constante desacuerdo en la terminología usada para describir procesos idénticos. Por ejemplo, una dicotomía se ha trazado por muchos autores escribiendo acerca del auto-manejo entre los procesos y técnicas para el mantenimiento de la conducta (alterada por procedimientos externos), y procesos y técnicas diseñadas para cambiar la conducta per se. Karoly (1977) ha señalado esta distinción entre la técnicas de auto-regulación (self-regulation) para el mantenimiento y el autocontrol (self-control) para el cambio, poniéndolas juntas bajo un rubro más general, el auto-manejo (self-management). Otros autores han ignorado esta distinción y les han llamado procedimientos de autocontrol (O'Leary y Dubey, 1979; Rosebaum y Drabman, 1979) Por ejemplo,

los textos en terapia conductual (ver Bellack y Heresen, 1977; Rimm y Masters, 1979) incluyen capítulos titulados "autocontrol" sin usar la terminología usada por Karoly para poder diferenciar las técnicas que crean el cambio de conducta de aquellas que mantienen la conducta ya modificada. O'Leary y Dubey (1979) dividieron su revisión sobre estrategias de autocontrol con otra distinción: autocontrol vía antecedentes y consecuencias conductuales. Tal uso inconsistente de estos términos crean confusión para trabajar en esta área (Shapiro, 1981).

Existe más confusión cuando se trata de examinar cómo son definidos los subcomponentes de auto-manejo. Otra vez, los investigadores parecen describir funciones similares cuando usan terminología diferente. Por ejemplo, bajo el modelo de Karoly (1977), la auto-regulación está compuesta por tres procesos: auto-evaluación, auto-monitoreo, y auto-reforzamiento. Estos tres pasos son vistos como bloques secuenciales para el establecimiento de la auto-regulación. Esencialmente el sujeto debe de reconocer que hay una necesidad de regulación de su conducta (auto-evaluación). Una vez que está esta reconocida, el individuo nota la aparición de esta conducta específica, auto-registrándola (auto-monitoreo) para después administrarse las consecuencias apropiadas (auto-reforzamiento). De ésta forma, y de acuerdo con el modelo de Karoly, el auto-monitoreo consiste en la discriminación de que la respuesta y el auto-registro de que ésta ha ocurrido (Shapiro, 1981).

Como puede notarse, es necesario unificar la terminología de los procesos de autocontrol. Las distinciones entre el cambio y el mantenimiento de la conducta son probablemente

innecesarias. Una revisión cuidadosa de las técnicas nos dice que estas pueden ser intercambiables para el cambio y/o mantenimiento de la conducta.

2.3. Técnicas Terapéuticas de Autocontrol

En todos los programas de modificación de la conducta, los agentes externos administran las consecuencias reforzantes o punitivas. Hay desventajas en apoyarse por completo en las contingencias aplicadas por el personal (Kazdin, 1971). Una primera desventaja es que la mayoría de los agentes externos pasan por alto una buena parte de la conducta cuando aplican el reforzamiento. En segundo lugar, los agentes que administran las contingencias pueden convertirse en una señal para la ejecución de la conducta-objetivo debido a la asociación con el reforzamiento y el castigo. Una tercera y relacionada con la anterior, puede ser que no se efectúen las conductas, tan fácilmente, en situaciones en las cuales los agentes no estén administrado el reforzamiento, ya que el paciente puede discriminar fácilmente las diferentes contingencias a través de las situaciones. En cuarto lugar, algunas veces los individuos actúan mejor cuando se les permite contribuir en la planeación del programa o de las conductas que se va a efectuar, que cuando se les imponen las contingencias. Así, se pueden mejorar la ejecución cuando se le permite al paciente tener algún control sobre su propia conducta (Kazdin, 1971).

Casi todos los problemas, por los cuales la gente va a terapia, no son fácilmente accesibles para el terapeuta (p.e.

conducta sexual desviada). También existen problemas que el terapeuta puede observar como son tics, tartamudeo, pues tienen la posibilidad de estar presentes en la sesión. Existe un área donde sólo el paciente tiene acceso al problema y están vinculados con eventos privados o encubiertos, como los pensamientos, las imágenes, y las fantasías, que no son observables para nadie más que para el sujeto que las experimenta. Como las respuestas operantes públicas, las respuestas privadas pueden ser alteradas si se varían las consecuencias que las siguen. Puesto que el paciente mismo es el único que puede identificar la ocurrencia del evento, él está en la mejor disposición para proporcionar las consecuencias contingentes. De este modo en los problemas terapéuticos que implican eventos privados, sólo el paciente puede manejar las contingencias (Kazdin, 1978).

El objetivo de la modificación conductual es el de entrenar a un individuo para que controle su propia conducta y logre sus objetivos seleccionados por él mismo. No es una finalidad en sí el exigir un control continuo sobre el paciente por parte de un agente externo. Siempre que sea posible, el control externo será un medio para lograr el autocontrol. El control externo y el autocontrol, pueden considerarse como los extremos opuestos de un continuo más que procedimientos separados. Los terapeutas entrenan a los pacientes para que ejerzan autocontrol, haciendo recomendaciones, dándoles consejos firmes, elogios sistemáticos y retroalimentación; todo eso forma parte de las influencias externas sobre la conducta del paciente. El establecimiento de la tecnología para cambiar la conducta propia tiene un importante

desarrollo en el campo de la modificación de la conducta. En las pasadas décadas, los conductistas han argumentado que si el control de nuestra conducta puede ser establecida por un agente externo (terapeuta) a través de la implementación de procedimientos a la persona en problemas, entonces los principios pudiesen ser aplicados por la misma persona que quiera cambiar su conducta (Kazdin, 1978).

El marco de referencia global de las técnicas de autocontrol se deriva de los intentos por combinar el enfoque operante Skinneriano, con los resultados de algunas investigaciones, fundamentalmente de psicología social y clínica, que demuestran la repercusión positiva del individuo de atribuir los resultados de sus acciones a sí mismo, percibirse con algún control sobre su medio, y gozar de cierta capacidad de decisión (Averill, 1973). Mediante las técnicas de autocontrol se enseña al paciente a conocer los principios de la conducta, para que él mismo pueda aplicarse los procedimientos para modificarla, en lugar de depender del terapeuta. Dentro de el autocontrol se tiene la aceptación del papel decisivo de los procesos cognoscitivos en el desarrollo de conductas desadaptativas, y el supuesto de que estas procesos cognoscitivos pueden modificarse mediante los propios medios con los que se modifican otras conductas manifiestas. Para comprender la inclusión de las técnicas cognoscitivas en la prácticas de la modificación de la conducta es necesario reconocer la influencia de las obras de Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1963, y 1970) que llamaron la atención sobre las pautas del pensamiento erróneo y contenidos cognoscitivos anómalos en muchos de los trastornos emocionales y

de conducta. A sí mismo, las teorías del aprendizaje social de J. Rotter (1954) y A. Bandura (1969) concedían un peso cada vez mayor a los factores simbólicos en el proceso de aprendizaje. La teoría de la personalidad de G. Kelly (1955) se empezó a considerar importante y potencialmente útil en algunos procedimientos terapéuticos, y el eclecticismo teórico de A. Lazarus (1971) contribuyó a facilitar la ampliación de los modelos conductuales a nuevas fronteras. Es importante señalar la influencia de ciertos trabajos relacionados con la psicología social, como la teoría de la autopercepción de Bem (1973) y de la investigación experimental en la teoría de la atribución (Rotter, Chance y Phares, 1972; Kopel y Arkovitz, 1975; Lefcourt, 1973).

Como puede notarse las técnicas de autocontrol conductual estaban enfocadas primeramente a las conductas observables. Posteriormente, se maneja la inclusión de técnicas cognoscitivas para tratar de cubrir todo el amplio fenómeno que abarca el autocontrol. De esta forma se fue moldeando la idea que se conoce hoy como autocontrol conductual-cognoscitivo. Para algunos conductistas, esta combinación es llamada autocontrol manifiesto y encubierto. Para fines explicativos, se definirán las Técnicas Terapéuticas de Autocontrol Conductual-Cognoscitivas.

Es necesario mencionar ahora qué habilidades son necesarias y qué debe de tener un a persona para llevar a cabo un programa de autocontrol con éxito:

1. Observar y registrar objetivamente su propia conducta.
2. Establecer normas y criterios específicos razonables que pueda ajustarse en el futuro.
3. Buscar un medio favorable que le permita seguir dichas

normas.

4. Discriminar correctamente cuando se conducta se ajusta o se aparta de las normas establecidas.

5. Programar consecuencias reforzantes para aplicarlas a una nueva conducta.

6. Evaluar los resultados de sus respuestas.

La enseñanza de estas habilidades es una de las funciones de la persona que aplica las técnicas de autocontrol. Funciones no menos importantes son las de ayudar al cliente a establecer las condiciones óptimas para llevar a cabo el programa, así como ofrecerle refuerzo para iniciar el cambio de su forma de vida, y progresivamente de modo contingente a sus avances. Como todas las demás conductas, las de autocontrol se aprenden y mantienen según los principios del refuerzo (Avia, 1984).

Para poder llevar a cabo la adquisición de las habilidades mencionadas en los puntos anteriores, la literatura sobre el tema señala tres grandes grupos de técnicas de autocontrol:

1. Las Técnicas para Facilitar el Cambio de Conducta que tienen como objetivo asegurar la participación activa del cliente y conseguir de él una motivación para alterar la situación actual en que se encuentra, abarcando los tres primeros puntos. Los recursos que ayudan a conseguir estos objetivos son:

- La Auto-observación y Auto-registro.
- Los Contratos de Contingencia.
- Las Tareas Terapéuticas entre Sesiones.

2. La planificación ambiental que se dirige a modificar los

antecedentes, estímulos internos y externos que determinan la aparición de una conducta (puntos 3 y 5). Los recursos que se utilizan son:

- Técnicas de Control de Estímulos.
- Organización previa de las Consecuencias de la Conducta.
- Modificación del Medio Interno.

3. Las Técnicas de Programación Conductual que se centran en reorganizar las consecuencias que siguen a la conducta una vez que se ha producido (punto número 6). Las técnicas más frecuentemente usadas son:

- Autorrecompensa.
- Autocastigo.
- Entrenamiento en Respuestas Alternativas.

A continuación se mencionan en forma resumida cada una de las técnicas que conforman los tres grandes grupos, comenzando con las técnicas que facilitan el cambio de conducta.

1. Técnicas que facilitan el cambio de conducta

1.1. La Auto-observación y Auto-registro.

Se puede mejorar el control de la conducta mediante la observación de la propia conducta. Como antes se mencionó, los individuos se apegan a ciertos estándares de ejecución para varias tareas y actividades. La mayoría de la gente no está enteramente consciente del grado en que ellos se ocupan en varias conductas. Las conductas habituales son automáticas; la gente

raramente observa su propia conducta en forma sistemática. Sin embargo, cuando se brinda la oportunidad de observar su propia conducta cuidadosamente, suceden cambios impresionantes a menudo. Una observación cuidadosa de una respuesta proporciona retroalimentación al individuo, la cual puede compararse con el criterio que el individuo cree ser el apropiado. Si claramente la conducta se desvía de un estándar cultural o auto-impuesto se empieza a emplear los procedimientos autocorrectivos hasta que se satisfaga un nivel aceptable de la conducta (Kanfer y Phillips 1970). De este modo, la autoobservación es efectiva en tanto que iniciaba otra acción por parte del individuo. El acto mismo de la observación puede ser reforzante o punitivo (Homme, 1965). Por ejemplo, a una persona que desea dejar de beber, cada vez que registra haber bebido una copa puede servir como castigo moderado.

Los investigadores han mostrado que la conducta de autorregistrarse puede influir en el fumar y comer en exceso, los tics, estudiar y la participación oral en clase (Kazdin, 1974). Sin embargo, ha sido inconsistente la eficacia de la auto-observación. Hay un número de estudios que muestran que la auto-observación no afecta la conducta. Actualmente aún no está claro porqué la auto-observación altera la conducta en algunas ocasiones y no en otras, pero se especula que en el proceso que media en este fenómeno, se encuentran procesos cognoscitivos y de autoevaluación que podrían influir en los cambios observados, restando importancia al aspecto mecánico de contar y medir la propia conducta. No obstante, se puede usar la técnica de auto-observación por su propia valía como una técnica de autocontrol o

como parte de otras técnicas de autocontrol ya que para aplicarse uno mismo las consecuencias a la conducta propia se necesita saber cuando y que tan frecuentemente ocurre la conducta (Kazdin, 1978). De esta forma, es de capital importancia en el autocontrol el que la persona lleve cuidadosas y exactas notas sobre su propia conducta, en la etapa previa y durante la terapia. Ello permite, además de una adecuada precisión de las metas terapéuticas, una exacta visión del progreso del programa. Para llevar a cabo el autorregistro, cualquier recurso que permita la cuantificación de la conducta es válido; de allí que sean múltiples las posibilidades para lograr el mejor registro; grabaciones, contadores manuales, relojes contadores de golf, registros, escritos, etc.. (Delgado, 1983).

1.2. Los Contratos de Contingencias

Kanfer (1975) nos señala que el uso de contratos se justifica en tres puntos: 1. para ayudar a la persona a iniciar las acciones específicas, 2. para establecer un criterio claro y preciso de la mejoría y, 3. como un instrumento para clarificar las consecuencias de emitir una determinada conducta. Estos contratos además ofrecen un registro de lo que se ha acordado (metas) y da la oportunidad de evaluar el progreso por comparación periódica con el acuerdo inicial así como proporciona el conjunto de reglas que regirá el proceso terapéutico para el paciente. Los contratos pueden ser unilaterales o bilaterales. En el primer caso, una sola persona se compromete con el terapeuta a cumplir con el programa específico para lograr un cambio conductual determinado. El segundo, dos partes contraen el

compromiso; éste es el caso típico de parejas y familiares. Hasta ahora la incorporación o no de un contrato formal dentro del programa, ha sido un criterio electivo del terapeuta, pero esta actitud se ha ido modificando en la medida en que se ha visto que dichos contratos no son sólo instrumentos para establecer condiciones y crear motivación, sino que se consideran una técnica más para lograr el cambio conductual, que estructura y clarifica el progreso del programa terapéutico (Delgado, 1983).

1.3. Las Tareas Terapéuticas entre Sesiones.

En el contexto de la terapia conductual la asignación de ejercicios terapéuticos para ser realizados entre una y otra sesión son de uso común; pero en los programas de autocontrol se convierten en un elemento central, fundamental en el proceso. La habilidad del terapeuta deberá desarrollarse para que el diseño de las tareas cumplan los requisitos necesarios para que sean un instrumento realmente efectivo: a) que cumplan el propósito de demostrar al paciente que su cambio es posible; b) que cada confrontación con sus conductas problema ayuden al sujeto a clarificar y precisar cada vez más sus áreas de dificultad; c) que el paciente participe activamente en la planificación de sus propias tareas; d) que los ejercicios estén diseñados siempre con base en nuevas conductas que la persona necesita incorporar a su repertorio; e) que constituyan un proceso progresivo en el cual se incrementen paulatinamente la dificultad de manera de asegurar en lo posible ejecuciones exitosas reforzantes; f) que el terapeuta sepa comunicar permanentemente a su cliente la importancia y el valor de su trabajo inter-sesiones como elemento

básico de su proceso terapéutico, y g) que se asegure reforzamiento positivo adecuado y persistente, ajustado a los progresos y éxitos que el paciente vaya reportando (Delgado, 1983).

2. Técnicas de Planificación Ambiental

2.1. Técnicas de Control de Estímulo Externo.

Las conductas específicas se efectúan en presencia de estímulos determinados. Eventualmente, los estímulos que se asocian regularmente con una conducta sirven como señales e incrementan la probabilidad de que se realice la conducta. Hay tres tipos de problemas conductuales afines que resultan del control de estímulo no adaptativo. Primero, algunas conductas están bajo control que el paciente desea cambiar. Por ejemplo, la conducta de beber puede estar bajo el control de muchos estímulos, tales como la publicidad, platicar con los amigos, y fiestas. La conducta de beber "señala", a través de una variedad, por qué se le ha asociado con tales situaciones. El objetivo terapéutico es eliminar el control que estos estímulos ejercen sobre el beber. Segundo, algunas conductas no están controladas por un rango reducido de estímulos y tal control sería deseable. Tercero, algunas conductas están bajo un control de estímulos inapropiados; se incluyen en esta categoría a las desviaciones sexuales como el exhibicionismo y el fetichismo; en estas conductas, las respuestas sexuales están controladas por estímulos que se desvían de los estímulos apropiados determinados por los estándares sociales (Kazdin, 1978).

En el caso dado, los tres tipos de problemas que resultan

del control de estímulos no son fácilmente separables. Por lo tanto, este tipo de técnica solamente se utiliza para el control de los estímulos que existen en el medio externo del sujeto (Kazdin, 1978). Así, este conjunto de técnicas se enfoca a eliminar o a restringir los estímulos desencadenantes de las acciones que queremos evitar, y favorecer la aparición de los que facilitan la conducta apropiada. Se reorganizan los estímulos ambientales, de modo tal que la conducta será más o menos probable según varían los indicios antecedentes que los desencadenan. El control de estímulos puede implicar, por ejemplo: "restricción física" para prevenir la ocurrencia de una respuesta (como de ponerse guantes para evitar comerse las uñas), "eliminar estímulos (dejar de comprar bebidas alcohólicas para evitar consumirlas), "cambiar los estímulos discriminativos" (beber a ciertas horas y en ciertos lugares), "cambiar el medio social" (el alcohólico que evita las personas que lo invitan a beber), "modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas" (tomar algo antes de ir a una cena para evitar comer en exceso). En general, una buena manera de ejercer control de estímulo, es evitar los antecedentes de la conducta especialmente "peligrosa". Esta es la estrategia inicial que sólo sirve temporalmente, puesto que al volver a encontrar estos estímulos muy probablemente seguirán teniendo control sobre la conducta. Por lo tanto ésta estrategia se corresponde a la fase inicial del modelo de autocontrol (cuando el sujeto no tiene aún un repertorio alternativo con que responder a los estímulos desencadenantes de la conducta a modificar) (Avia, 1984).

En el caso de querer hacer que una respuesta se haga más

probable, lo que se procede a hacer es organizar y planificar otros antecedentes. Para que los otros antecedentes ganen control sobre la conducta es necesario que: 1) uno obtenga algún tipo de refuerzo por dar la conducta adecuada a la situación, sólo en esa, y 2) que mientras se esté en esa situación no se ejecute ninguna otra conducta excepto la deseada.

Generalmente, el empleo del control de estímulo requiere que el terapeuta explique al paciente los principios del aprendizaje y varias técnicas útiles para controlar su conducta para que el paciente los aplique a su vida diaria. Desde luego, el paciente debe de extender el uso de control de estímulo más allá del área original que sirvió como inicio para buscar la orientación (Goldiamond, 1965; Kanfer y Phillips, 1970).

La conclusión general de estas técnicas es que facilitan la modificación de hábitos de conducta, pero no son suficientes por sí solas para producir cambios estables y duraderos.

2.2. Organización previa de las consecuencias de la conducta.

Un modo hábil para planificar el medio, cuando se anticipa una situación conflictiva, es determinar con anticipación las consecuencias de la conducta, por ejemplo poner el despertador, decirle a la gente que no nos ofrezca bebidas alcohólicas que estamos dejando de beber. Una forma más estructurada son los contratos de contingencias.

2.3. La Modificación del Medio Interno.

Para poder explicar este grupo de técnicas se menciona a continuación la clasificación realizada por Mahoney y Arkhoff (1978) con algunas modificaciones. Para ellos las técnicas se dividen en dos grandes grupos:

1. Técnicas Racionales, o de Reestructuración Cognoscitiva que incluyen:

- La Terapia Racional-Emotiva.
- La Terapia Cognoscitiva.
- La Reestructuración Racional Sistemática.
- Los Métodos de Auto-Instrucción

2. Técnicas de Manejo de Situaciones que incluyen:

- Las Técnicas en Manejo de Ansiedad.
- La Técnica de Desensibilización Sistemática.
- La Técnica de Modelado Encubierto.
- La Técnica de Inoculación de Estrés.

A continuación se mencionan en forma de resumen las técnicas antes mencionadas.

2.3.1. Técnicas de Reestructuración Cognoscitiva.

2.3.1.1. Terapia Racional-Emotiva de Ellis.

Ellis (1962) ha identificado una serie de pensamientos erróneos que suele darse en las personas con dificultades psicológicas. Para ser más sencilla la exposición se tomará la

lista de los pensamientos deformados de McKay (1988), y son los siguientes: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, culpabilidad, debería, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, tener razón, y falacia de recompensa divina.

En la terapia racional-emotiva se trata de hacer comprender al paciente lo irracional de sus pensamientos atribuyendo todos los males al paciente mismo, a la anticipación de los resultados negativos que el paciente teme para que vea que no son tan negativos, a pedirle que pruebe que de hecho las cosas son como él espera, hacerle que se imagine lo peor, que reconceptúe los problemas irresolubles de un modo positivo. Para llevar a cabo la terapia se necesita: Informar al paciente de sus supuestos sobre el origen del problema; ayudarlo a que identifique sus pensamientos irracionales mediante auto-observación y ayuda (feedback); se trata de convencerle de lo irracional de sus pensamientos, y desafiarle a que deje de utilizarlos (persuasión verbal); y utilizar tareas entre sesiones para ayudarlo a recoger información en situaciones reales. La misma presentación del procedimiento señala la importancia de la habilidad del terapeuta más que una técnica específica.

2.3.1.2. La Terapia Cognoscitiva de Beck (1963, 1970, y 1976).

En esta terapia se señalan los errores cognoscitivos tales como: conclusiones de una situación que no están apoyadas por la experiencia, seleccionar sólo algunos detalles de la experiencia, conocerse a uno mismo y sus aptitudes en base a un sólo

incidente, y la magnificación o minimización de algunas experiencias. Estos modos de interpretar la realidad, adquiridos de una manera temprana se convierten en automáticos y condicionan la experiencia. Los elementos de este tipo de terapia son: La interpretación de las pautas vitales del paciente que han determinado la adquisición de esas formas de pensamiento; la auto-observación de los pensamientos automáticos que ayuden al paciente a hacerse consciente de ellos y a reconocer sus efectos sobre el ánimo y el comportamiento; el uso de las técnicas de distanciamiento emocional y de separación afectiva de los pensamientos; La aplicación de las reglas de evidencia y de lógica, la consideración de explicaciones alternativas, y las pruebas de realidad que es la obtención de retroalimentación externo para aceptar la utilidad de la consideración nueva de acontecimientos.

La autoobservación de pensamientos automáticos es un elemento fundamental de la terapia, ya que el paciente mismo conoce poco a poco el papel perturbador de sus pensamientos, llevando a cabo sus interpretaciones sin necesidad de una intervención tan directiva del terapeuta.

2.3.1.3. La Terapia Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried (1971, 1975).

El objetivo de este procedimiento es enseñar a la gente a pensar bien; la ventaja que tiene este procedimiento sobre la terapia racional- emotiva de Ellis es que ofrece una mayor sistematización. El procedimiento se estructura de la siguiente forma: se proporciona al cliente una información general que

ayude a darse cuenta del importante papel de las cogniciones en la activación emocional; se le ayuda a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias, para ello se centran en las ideas más comunes de la lista de Ellis; se le facilita el entendimiento de que sus pensamientos erróneos o cogniciones no realistas están causando las emociones desadaptativas. El sujeto confecciona una lista de las situaciones que le crean tensión y escribe a continuación los pensamientos que esa situación le evocan y el terapeuta discute con el paciente: a) hasta que punto es racional o no esa interpretación y b) cuáles podrían ser sus implicaciones útiles; y se le ayuda a cambiar sus cogniciones y conseguir que piense bien en presencia de la situación problema.

2.3.1.4. Los Métodos de Autoinstrucción de Meichenbaum y Cameron (1974).

En este método de autoregulación verbal tiene como ingrediente la reestructuración racional, el modelado y la práctica de conducta. Respecto a la modificación de pensamiento se centra en el pensamiento suelen acompañar la activación emocional del paciente, por lo tanto se trata de eliminar las pautas de pensamiento inadapativo creando ideas alternativas. En esta terapia no es tanto el contenido irracional de los pensamientos lo que distingue a individuos sanos de los que no son, sino su poco valor adaptativo y la dificultad de manejarlas en aquellos cuando estos pensamientos suceden. Así, la autoinstrucción utiliza a menudo las técnicas de afrontamiento (coping), en las cuales el terapeuta empieza a darse instrucciones (donde se especifica el criterio, el plan a seguir,

y los pasos) a sí mismo en voz alta. Se cometen errores voluntariamente para poder moldear y verbalizar las reacciones adecuadas en esas situaciones. Con las verbalizaciones, el terapeuta moldea sus habilidades de: a) definir el problema antes de empezar a trabajar, b) dirigir la propia atención a la tarea y utilizar una guía según va verbalizando ésta, c) darse autorrefuerzo tras la realización correcta de los diferentes pasos, y no por la terminación de la tarea y, d) reaccionar adaptativamente a los errores propios. Una vez que se termina la secuencia, el paciente es dirigido por las verbalizaciones del terapeuta. Posteriormente, el paciente verbaliza las instrucciones al realizar la tarea, primero en voz alta y luego sub-vocalmente.

2.3.2. Técnicas de manejo de situaciones.

Las características esenciales de estos procedimientos son: a) el presentarse como medios activos para manejar distintas situaciones, b) el poder ser utilizadas como respuestas ante los indicios externos o internos anticipadores de la ansiedad o malestar y c) el utilizarse como habilidades de autocontrol que se deben emplear en situaciones reales. El común denominador de todas ellas está en conferir al paciente la sensación de que puede controlar aspectos de su medio considerados hasta entonces incontrolables (Avia, 1984).

2.3.2.1. Manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971).

Esta técnica se dirige a enseñarle al paciente a poner fin a sus estados de ansiedad especialmente en ocasiones en que el

estímulo fóbico no es claramente identificable, y consiste en entrenarle en relajación, inducir experimentalmente la ansiedad mediante sugestión e instrucciones no directamente relacionadas con sus miedos concretos, y cuando la ansiedad es identificada se le pide ponga fin a ese estado mediante respuestas incompatibles.

2.3.2.2. Desensibilización Sistemática.

Goldfried (1971) modificó procedimiento de la desensibilización, continuando con la visualización de escenas ansiógenas cuando el paciente experimenta ansiedad, manteniendo la imagen se le pide que trate de manejar la situación para poder alejar la ansiedad.

2.3.2.3. El Modelado Encubierto.

Este procedimiento de condicionamiento encubierto consiste en practicar imaginariamente la realización de una conducta. Primeramente se presenta un modelo que tiene signos de ansiedad, que consigue reducirla y realizar adecuadamente la conducta.

2.3.2.4. La Inoculación de Estrés

Es un tratamiento en el que se ofrece al paciente diversas técnicas a utilizar cuando se enfrente a una situación aversiva, con la recomendación de que elija aquellas que mejor se le adapten. El procedimiento se divide en tres fases: educativa, práctica y de explicación.

Se pueden mencionar otras técnicas:

1. Aserción encubierta.
2. Visualización.

3. Meditación.
4. Imaginación.
5. Auto-hipnosis.

3. Técnicas de Programación Conductual.

El tercer grupo de estrategias de autocontrol lo constituyen los métodos de "programación de la conducta", en los cuales el individuo toma la responsabilidad de cambiar su conducta mediante la observación de la misma y la administración de autorrefuerzo o autocastigo siguiendo a su ejecución. Estas técnicas suponen la especificación previa de un criterio que el individuo se compromete a cumplir, y la puesta en marcha de un proceso evaluativo, en función del cual se decide si la conducta ha alcanzado o no el criterio, y se determinan las contingencias que deben alcanzarse por el propio sujeto.

Las técnicas de programación conductual responden a la orientación mediacional del autocontrol (Bandura 1971, Kanfer 1971, 1975) y se corresponden más con el "autocontrol prolongado", o segundo estadio de autocontrol, en el que se necesita estar ejecutando "respuestas controladoras" en presencia constante de los estímulos conflictivos. A continuación se resumen dichas técnicas.

3.1. La Autorrecompensa

Sobre los procesos de autorrefuerzo existe una basta literatura que permite constatar que, en diferentes situaciones, contextos experimentales, y con distintas poblaciones, la

auto-administración de recompensas contingentes a la ejecución consigue establecer y mantener la conducta de modo similar al reforzador externo. El autorrefuerzo positivo o negativo es la auto-presentación de consecuencias positivas o negativas respectivamente, reales o imaginarias, tras la realización de una conducta.

Desde el punto de vista clínico, el entrenamiento en autorrefuerzo parece ser una técnica viable para el tratamiento de diferentes problemas, y su contribución al proceso general de autoregulación parece decisiva. Evidentemente, es fundamental asegurarse de haber elegido bien los estímulos reforzantes; una manera de comprobarlo con los reforzadores que uno se da de modo no contingente. El requisito principal para el autorreforzamiento es que el individuo esté en libertad para recompensarse a sí mismo a cualquier hora, ya sea que ejecute o no una respuesta particular (Skinner, 1953). Si hay un agente externo que influye, o parcialmente contribuye a la entrega del reforzamiento, entonces ya no se trata de autocontrol completo. El individuo que se refuerza a sí mismo no debe ser obligado a ejecutar una respuesta determinada. En la mayoría de las aplicaciones del autorreforzamiento se utilizan dos procedimientos diferentes. Primero, el individuo puede determinar los requisitos de la respuesta para la cantidad dada de reforzamiento, o sea, cuándo entregar el reforzamiento y la cantidad que se va a dar. Cuando el individuo determina los criterios para el reforzamiento se le denota como un reforzamiento autoadministrado (Glynn, 1970). Segundo, el individuo puede dispensarse reforzamiento por haber logrado un determinado criterio de ejecución, que puede o no

haber sido autodeterminado. Cuando el individuo administra los reforzadores por sí mismo se le denota como un reforzamiento autoadministrado. No es crucial quién administre los reforzadores (uno mismo o alguien más); el elemento crucial es determinar cuándo se va a entregar el reforzamiento y por cuáles conductas. Sin embargo, si no se le permite a un individuo que se autoadministre los reforzadores, puede haber represiones por parte de los agentes externos, los cuales influyen al autorreforzamiento. De esta forma, es probable que se logre un mejor autorreforzamiento cuando se le permite al individuo que autodetermine y autoadministre el reforzamiento. Generalmente el autorreforzamiento requiere que observe y registre su conducta para determinar si ha llenado los requisitos de un criterio. Así, el autorreforzamiento generalmente implica la autoobservación, lo cual también puede contribuir a la efectividad global del autorreforzamiento (Kazdin, 1978).

3.2. El autocastigo

Sobre procedimientos de autocastigo existen, por razones obvias, menos investigaciones que en el caso de la autorrecompensa. Por la misma razón, los estudios más frecuentes implican autocastigo negativo, es decir, la retirada contingente a la conducta de un estímulo positivo presente hasta entonces. Las técnicas de castigo positivo o administración contingente de estimulación han sido frecuentemente simbólicas (la sensibilización encubierta, detención de pensamiento). Aunque este procedimiento ha sido muy criticado, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico, ha ofrecido utilidad, especial-

mente en conductas adictivas. La relevancia del autocastigo para la clínica es importante, dado el importante papel de la autocrítica en mucho de los cuadros patológicos y en la autoregulación en general. Aún más en el caso del autorreforzamiento, conviene considerar que el autocastigo simbólico cumple una serie de funciones complejas que pueden interferir con el procedimiento terapéutico. Por ejemplo, Kanfer (1980) ha llamado la atención a los casos en el que autocastigo libera al individuo de la ansiedad y culpa por la realización de la conducta, con la cual ésta no solamente reduce, sino que se mantiene por refuerzo negativo.

A manera de resumen se menciona una lista parcial de respuestas de autorreforzamiento y autocastigo.

1. Autorreforzamiento positivo: La autoaplicación o consumo de una motivación fácilmente obtenible sólo tras haber dado una respuesta concreta y positiva (por ejemplo, concederse a sí mismo la asistencia a un acontecimiento especial por haber disminuido el número de copas tomadas por día).

2. Autorreforzamiento negativo: evitar o escapar de un estímulo repulsivo o desagradable fácilmente evitable sólo después de haber dado una respuesta concreta y positiva (por ejemplo, quitar un cartel de una persona obesa cuando se observa durante todo el día).

3. Autocastigo positivo: la eliminación de una motivación fácilmente obtenible después de una respuesta concreta y negativa (por ejemplo, romper un billete de 50 mil por cada copa extra bebida, por encima de límite autoimpuesto).

4. Autocastigo negativo: someterse a un estímulo repulsivo

fácilmente evitable después de una respuesta concreta y negativa (por ejemplo, oler una sustancia desagradable cada vez que se tome a deshora).

3.3. Entrenamiento de respuestas alternativas.

La técnica final del autocontrol es el entrenamiento a un individuo para que se ocupe en respuestas que interfieran o remplacen a la respuesta que se va a controlar o eliminar. Para lograr esto el individuo debe tener un respuesta alterna en la que se pueda ocupar. La ocupación más frecuente del entrenamiento es para controlar la ansiedad. Se ha usado ampliamente el relajamiento como una respuesta alterna a la ansiedad y, por lo tanto, una alternativa para ésta.

En la literatura conductual existen técnicas que algunos autores mencionan como autoregulatorias y que se considera importante mencionar:

Skinner (1953) nos muestra una cantidad de métodos para ejercitar autocontrol, todos involucran la manipulación de las respuestas controladoras de tal forma que la respuesta controlada contingente se hace menos probable o imposible. A continuación se mencionan las ocho técnicas: 1. Sujeción física, 2. Cambio de condiciones de estímulo, 3. Privación o saciedad, 4. Alteración de reacciones emocionales, 5. Eventos aversivos, 6. El uso de medicamentos, 7. Autorreforzamiento y autocastigo, 8. Ocuparse a uno mismo en algo diferente.

La mayoría de las técnicas operan cuando el individuo realiza una conducta (respuesta controlante) que altera la

probabilidad de que se presente otra conducta (una respuesta controlada). O sea, una persona puede mascar goma (respuesta controlante) para reducir la posibilidad de fumar cigarrillos (respuesta controlada).

Bandura y Walters (1973) señalan las siguientes:
1. resistencia a la tentación, 2. regulación de los recursos gratificante autoadministrados, 3. retraso de la gratificación.

Fester (1962) señala los siguientes: 1. modificación de las relaciones entre la conducta y el ambiente para disminuir las consecuencias repulsivas. 2. actos que incrementan la eficacia a largo plazo (por ejemplo, las lecciones de música). y 3. modificación del medio físico más que la conducta individual.

Goldiamond (1965) menciona los siguientes: 1. modificación de determinadas variables ambientales que controlan la conducta de uno. y 2. la aplicación de un análisis funcional de la conducta.

Cautela (1966) menciona dos, 1. técnicas de inhibición recíproca (relajamiento, insensibilización, interrupción del pensamiento, sensibilización encubierta, formación de carácter asertivo, y 2. procedimientos operantes.

Stuart (1971): 1. procedimiento repulsivo, y 2. técnicas de instigación.

Kanfer (1971) menciona 5: 1. acceso a las respuestas de carácter competitivo, 2. manipulación de las consecuencias repulsivas, 3. manipulación de las consecuencias de las conductas deseadas (incluye la reducción y aplazamiento de las consecuencias positivas, la consecución negativa de las respuestas anteriores y el refuerzo diferencial de las otras

conductas), 4. manipulación del medio, y 5. autorrecompensa.

4.1. Ventajas y Desventajas de Autocontrol

Cautela (1969) menciona ciertas ventajas y desventajas de enseñar o autocontrol. A manera de resumen iniciaremos mencionando las ventajas y para concluir con las desventajas.

Ventajas de Enseñar Autocontrol.

1. Muchas cadenas conductuales pueden tomar lugar en un periodo corto de tiempo. Como resultado, debería haber una eliminación rápida de las conductas no deseadas, por lo tanto el sujeto puede ahorrarse tiempo, dinero, y los servicios de un terapeuta.

2. Si la ansiedad (definida como una respuesta de evitación, o de miedo por parte del individuo, que va acompañada por una respuesta de actividad de sistema nervioso simpático) es la respuesta que será eliminada, su rápida eliminación puede prevenir que el estímulo en un futuro se asocie a ella, haciendo menos probable la posibilidad de hábitos. Una vez, que la respuesta de ansiedad ha sido prevenida en ocurrencia con un estímulo en particular que la provoca (respondiente) o las ocasiones para la respuesta de ansiedad (operante), el descondicionamiento puede ocurrir. Otras respuestas pueden estar asociadas con el estímulo. Esto puede verse como un método de contracondicionamiento.

3. Comúnmente, una vez que el sujeto se ha demostrado a sí

mismo que tiene una respuesta controladora efectiva, su nivel de ansiedad se reduce. En términos de no aprendizaje, podemos decir que el sujeto ha obtenido auto-confianza.

4. El recondicionamiento (recaída) puede preverse si el paciente inicia las respuestas autocontroladoras bajo condiciones que fueron originalmente responsables de la ocurrencia de la respuesta indeseada (respuesta autocontrolada).

6. Dentro del modelo de la terapia conductual, las respuestas controladoras pueden enseñarse a una gran cantidad de individuos para prevenir la ocurrencia de una conducta inadaptable a gran escala (como un tipo de higiene conductual).

Desventajas de Enseñar Autocontrol

1. El individuo a quién se le enseña los procedimientos de autocontrol puede no ser tan efectivo en la observación de su propia conducta como lo haría un terapeuta con experiencia.

2. El establecimiento de criterios para la identificación de las respuestas pueden ser incorrectas, por lo tanto, se puede fortalecer la respuesta indeseable, o pueden crearse otras respuestas ajenas o perjudiciales.

3. Removiendo los procedimientos de autocontrol del campo de terapeuta, se pueden crear muchos errores. Un individuo puede remover las respuestas controladoras que inhiben a una respuesta controlada. También, la falta de una aplicación correcta de los procedimientos puede suceder en manos del sujeto (p.e. pueden usar desensibilización encubierta para su problema de fumar, sin tratar de eliminar la ansiedad que compone la conducta).

CAPITULO 3

"TABAQUISMO Y AUTOCONTROL"

CAPITULO 3
"TABAQUISMO Y AUTOCONTROL"

3.1. Introducción General

Como se puede constatar en los dos primeros capítulos descriptivos de este trabajo, el tabaquismo como conducta adictiva representa un problema de salud pública relevante, así como el autocontrol manifiesta ser una alternativa importante para su prevención y tratamiento.

El objetivo del presente capítulo es el de presentar las investigaciones realizadas entre los años de 1980 a 1991, así como también describir los hallazgos más importantes que de ellas se derivan. Para lograr dicho objetivo, se realizó la búsqueda de información teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

1) El autocontrol como un concepto que involucra todo un conjunto de técnicas y no una sola. Se utilizaron los siguientes conceptos para la búsqueda en autocontrol:

1. Autocontrol.
2. Self-Control.
3. Self-Management.

2) El tabaco solamente fumado en forma de cigarrillos, y no en otras formas tales como: puros, pipas etc.. Los conceptos utilizados fueron:

1. Tabaquismo.
2. Tobacco Smoking.
3. Adicción al Tabaco.

Siguiendo los parámetros, se asistió a bibliotecas públicas y privadas, siendo el Psychological abstract y PsycLit Disc 2 las

principales fuentes de información.

A continuación se muestran en forma descriptiva todas las investigaciones que se realizaron durante el periodo ya mencionado, El orden que se lleva es cronológico, o sea, se inicia por el año de 1980 hasta terminar con el año de 1991. En cada año se iniciará mencionando el nombre del autor o autores, el año de la publicación, el nombre del artículo, el nombre de la revista, el volumen y finalmente el número de páginas. Posteriormente se escribe un resumen de la investigación.

En los años de 1980 y 1981 no se encontró ninguna investigación que manejara las dos variables (autocontrol y tabaquismo)

1982

1. Best, J., Suefeld, P. (1982). "Restricted enviromental stimulation therapy and behavioral self-management in smoking cessation". Journal of Applied Social Psychology. Vol. 12(5), pp. 408-419.

Resumen

Se compararon los impactos relativos en la conducta de fumar de la Terapia de Estimulación Restringida del Medio (REST), el autocontrol conductual, y la combinación de ambos. 15 fumadores de la comunidad (media de edad de 33.8 años) fueron tratados en cada una de las tres condiciones y con un seguimiento posterior de 12 meses. El tratamiento combinado fue comparado

exitosamente con intervenciones estándar de fumar (media de 66% de reducción desde la línea base de fumar y 53% de los sujetos se mantuvieron en abstinencia después de 1 año de seguimiento) y los sujetos de este grupo fumaron significativamente menos que aquellos en el grupo REST o la condición de autocontrol por sí sola. Por lo tanto, los sujetos que recibieron REST, solo o combinado, tuvieron menos probabilidad de recaída seguida del tratamiento. Los resultados apoyan la importancia de realizar cambios múltiples de objetivos en los programas de cesación de fumar.

2. Shiffman, S. (1982). "A relapse prevention hotline".

Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse. Vol. 1(2) pp. 50-54.

Resumen

Se describe la línea telefónica "mantengase-abstemio", una línea de prevención de recaídas para ex-fumadores, a quienes se les impulsa para llamar cuando hayan experimentado una recaída o estén cerca de ella. Los consejeros aplican el modelo de autocontrol para la prevención de recaídas, ayudando a los llamantes a evaluar la situación y recomendando respuestas controladoras. El proceso de la llamada también modela un apropiado auto-monitoreo y auto-manejo. Los datos del seguimiento muestran que los llamantes estuvieron muy satisfechos con el servicio de la línea y que ésta era útil para mantenerse sin fumar. Se hace la propuesta de una línea telefónica para todo el espectro de los desórdenes del abuso de sustancias.

3. Colletti, G., Supnick, J.A., Rizzo, A.A. (1982). "Long term follow-up (3-4 years) of treatment for smoking reduction". Addictive Behaviors. Vol. 7(4) pp. 429-433.

Resumen

Se presenta los seguimientos (tres y cuatro años) de 103 clientes en dos clínicas para la reducción de fumar, en donde se empleó un tratamiento conductual no aversivo utilizando control de estímulos y técnicas de autocontrol. La mayoría de los datos fueron recabados vía telefónica, mientras algunos sujetos fueron entrevistados personalmente para corroborar las medidas de CO en ese momento. Mientras que los hallazgos generales son similares a aquellos reportados por otros seguimientos de programas para dejar de fumar, a diferencia de los reportes iniciales, la gran mayoría de los sujetos fueron contactados (un promedio de 90% de todos los periodos de seguimiento). El porcentaje de la línea base para sujetos fumadores fue igual a 56% y el porcentaje de abstemios igual a 24% al final del seguimiento. Los datos sugieren que se debe poner una mayor atención al potencial de eficacia del control de fumar cuando se valora la efectividad de los programas para reducir el hábito tabáquico.

1983

1. Collet, W. (1983). "The exchange model of learning as a method for describing a behavior therapy process". Zeitschrift fur Klinische Psychologie: Forschung und Praxis., Vol. 12(2) pp. 79-93.

Resumen

Participaron 18 Adultos en uno de tres programas de entrenamiento para reducir la conducta de fumar. La primera fase consistió en auto-monitoreo, la segunda en la adquisición de conductas de autocontrol después de negociar contratos conductuales, y la tercera en reforzamiento por observar contratos conductuales. El programa estaba basado en un intercambio en la teoría de aprendizaje. El cambio de datos empiricos revelaron una buena aceptación de la inclusión de un modelo que formalmente describe una secuencia del proceso de aprendizaje. Los resultados son discutidos en términos del tiempo invertido en el programa y la relación entre las metas de la terapia y la observación de los cambios conductuales.

2. Hills, A.A. (1983). "Degree of difficulty in giving up cigarettes". Psychological Reports. Vol. 52(1) pp. 219-222.

Resumen

Un método para dejar de fumar basado en el procedimiento modificado de autocontrol (target-setting), fue investigado con referencia a la dificultad de auto-tasa para dejar de fumar cigarrillos particulares. En un periodo de tiempo de 10 semanas el grupo de dejar de fumar (que también tuvo un seguimiento en 4 semanas) de 14 sujetos (media de edad de 44.9 años), aquellos que dejaron cigarrillos "difíciles" antes de los "fáciles" produjeron significativamente mayores reducciones en fumar que aquellos que intentaron de los "fáciles" antes que los "difíciles" ("fáciles" y "difíciles" fueron definidos de acuerdo a las clasificaciones de los sujetos fumadores, desde los más

fáciles a los más difíciles de dejar). Posteriormente se discute la implicación de este resultado en los programas de tratamiento.

3. Casacchia, M., Carusi, G., Rossi, A. (1983). "Cigarette smoking: A behavioural pattern". Rivista di Psichiatria. Vol. 18 (2) pp. 181-197.

Resumen

Se describe la historia natural de la conducta de fumar, los factores que involucra en su desarrollo, mantenimiento, e interrupción. Los principales factores que afectan la conducta del fumador incluyen variables tales como las acciones farmacológicas de la nicotina, las sociales y las psicológicas. Estas interactúan dinámicamente para modificar la conducta de fumar de un individuo con respecto a su edad, sexo, etc.. Las intervenciones basadas en la teoría de aprendizaje social son vistas como las más fáciles de aplicar y con gran futuro. Dos programas basados en esta teoría son señalados, uno basado en estrategias aversivas (que tienen aplicación limitada) y la otra basada en las técnicas de autocontrol (se encontró como el enfoque más ampliamente aplicado). Los tratamientos hipnóticos y farmacológicos para dejar de fumar son también considerados.

4. Hall, S. (1983). "Smoking cessation in patients with cardiopulmonary disease: An initial study". Addictive Behaviors. Vol. 8(1) pp. 33-45.

Resumen

Se investigó a 35 fumadores (media de edad de 51.39 años), todos con enfermedades cardiovasculares o pulmonares. Todos

ellos fueron azarosamente asignados ya sea a tratamiento de motivación para la salud o un tratamiento aversivo. El primero incluyó habilidades de autocontrol, el film de un modelo, convencimiento verbal, y una discusión de los costos y beneficios de fumar o de abstenerse. El último incluyó la aversión de fumar cada 30 segundos, entrenamiento en relajación, juego de roles en situaciones de riesgo, y la decisión de patrones de pensamiento maladaptativo. Todos los sujetos realizaron una batería de test que incluyó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y El Perfil de Estados de Animo. No emergieron diferencias marcadas entre las condiciones en el rango de abstinencia y la reducción desde la línea base, sin embargo, los datos favorecieron la condición de motivación para la salud en rangos de reducción y en el resultado inmediato de post-tratamiento y en el seguimiento de 6 meses. Los estados de ánimo negativos fueron relacionados con un mínimo de reducción de fumar; y un estado consistente de infelicidad en el pre y post-tratamiento predijeron recaídas en el seguimiento de 3 meses.

1984

1. Schneider, S.J. (1984). "Who quits smoking in a behavioral treatment program?". Addictive Behaviors. Vol. 9(4) pp. 373-381.

Resumen

Se analizó los datos de 1,228 participantes en un programa de cesación de fumar para identificar las variables que mejor predicen la abstinencia en el post-tratamiento. Los resultados

indicaron que el no fumar seguido del tratamiento, fue predicha por una toma baja de nicotina diaria en pre-tratamiento, en el Total Particulate Matter (TPM) y altas puntuaciones en la escala del cuestionario ¿Por qué fuma? La abstinencia, en cualquier momento de los 6 meses que siguieron al tratamiento, fue predicha por la toma baja de nicotina diaria y el TPM; otros predictores incluyeron el gran número de semanas invertidas en el programa, las razones de querer dejar de fumar, el miedo a volverse adicto, y los bajos auto-rangos en la suplica por cigarrillos. Diariamente, el consumo decreció durante el tratamiento en rangos similares para sujetos quienes eventualmente se volvieron abstemios y aquellos que no. Los hallazgos sugieren que un programa de autocontrol conductual puede reducir el fumar de muchos fumadores, a pesar de que pocos dejan de fumar definitivamente. Los programas de cesación de fumar pueden derivar beneficios para elaborar tratamientos con las características de los participantes en el pre-tratamiento.

2. Lara-Cantú, M.A., Onate-Rivadeneira, G., Balzaretti-Gonzalez, M., Sánchez-Martínez, R. (1984). "Multimodal therapeutic programme for the cessation of smoking". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 30(3) pp.193-200.

Resumen

Se describe un programa multimodal terapéutico para el control del tabaquismo y presenta los resultados de su implementación. El programa incluyó los siguientes elementos: Técnicas de autocontrol, educación en los efectos del tabaco, técnicas de

dinámica de grupos, exámenes médicas, y apoyo farmacológico. Se señalan dos condiciones de tratamiento, una con una duración de doce sesiones y otra de ocho sesiones. Los participantes de ambas condiciones recibieron cuatro sesiones de seguimiento en un periodo de seis meses. Los resultados de la implementación del programa muestran que, de 94 participantes que iniciaron el programa, 69 lo terminaron, 21 sujetos dejaron de fumar y se mantuvieron abstemios durante seis meses, 11 sujetos recayeron, y 14 sujetos dejaron de fumar, pero no asistieron a las sesiones de seguimiento, 23 de los sujetos redujeron su hábito de fumar a un 50% de sus reportes iniciales. Estos hallazgos, los cuales fueron comparados a una investigación preliminar, confirmaron la efectividad del programa presentado.

3. Sommer, G., Schmid, M.I., Seyfferth, H. (1984). "Development and evaluation of a complex self-control program for smokers". Zeitschrift fur Klinische Psychologie Forschung und Praxis. Vol 13(1) pp 39-60.

Resumen

Un enfoque de autocontrol para la cesación de fumar fue probado en tres niveles de complejidad: (1) auto-monitoreo y análisis conductual, (2) autocontrol complejo, y (3) autocontrol y contrato conductual. Los sujetos fueron 60 entre los 20 y 35 años de edad, quienes auto-monitorearon su consumo de cigarrillos por dos semanas, y posteriormente tomaron parte en 11 sesiones grupales. Solamente cuatro personas dejaron el programa, y el consumo de cigarrillos fue reducido en los tres grupos. 41% de los sujetos se mantuvieron abstemios hasta el final del programa,

siendo la condición dos la más efectiva. El rango de recaídas fue bajo después de tres meses de seguimiento. Las pequeñas diferencias de efectividad entre los tres niveles de el programa son discutidos en relación con la no realización de las tareas y las variables del terapeuta.

4. Schiffman, S. (1984). "Coping with temptations to smoke". Journal of Consulting Clinical Psychology. Vol. 52(2) pp. 261-267.

Resumen

Se exploraron la efectividad de respuestas controladoras (coping responses) reportadas a una línea telefónica para ex-fumadores que tratan de evitar las recaídas. Los hallazgos iniciales de la efectividad de las respuestas cognoscitivas y conductuales por 183 fumadores fueron revalidadas en 75 sujetos nuevos. El número de las respuestas controladoras (coping responses) no tuvieron efecto, pero combinadas las respuestas cognoscitivas y conductuales realizaron la efectividad. El tratamiento formal para dejar de fumar resultó en más respuestas controladoras conductuales, especialmente la relajación y la actividad física, pero no tuvieron efecto en la efectividad de afrontamiento. Siete tipos de afrontamiento (coping) conductual fueron significativamente más efectivos que otra respuesta de afrontamiento e igual que las respuestas conductuales para prevenir la recaída. Un patrón similar se mantuvo para los ocho tipos de respuestas cognoscitivas, excepto que el uso de fuerza de voluntad fue significativamente inferior a las otras

respuestas cognoscitivas, los pensamientos de auto-castigo fueron completamente inefectivos. Las implicaciones de estos hallazgos para el modelo de autocontrol en habilidades de enfrentamiento y para la práctica clínica son discutidos.

1985

1. Echeburua, O. (1985). "Self-control techniques and multimodal programs for the treatment of tobacco addiction". Psicopatología. Vol. 5(3) pp. 235-247.

Resumen

Se revisan los factores fisiológicos, psicológicos, y sociales en el hábito de fumar, y se proporciona un resumen de los tratamientos y métodos para reducir el fumar, incluyendo los intentos para cambiar las políticas sociales así como las interpersonales por medio de estrategias de auto-reforzamiento. Se señalan los elementos claves en una estrategia multimodal para reducir el fumar.

2. Gilchrist, L.D., Schinke, S.P. (1985). "Improving smoking prevention programs". Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3(1) pp. 67-78.

Resumen

Se revisan las primeras estrategias para la prevención del tabaquismo así como la necesidad para llevar a cabo nuevos esfuerzos encaminados a conocer las necesidades de jóvenes en alto riesgo. Se discute un modelo en habilidades de autocontrol como la fundamentación para un enfoque generalizado de

competencia social para futuros programas de prevención de tabaquismo en los adolescentes.

3. Kamack, T.W., Linchestein, E. (1985). "Current trends in clinic-based smoking control". Annals of Behavioral Medicine. Vol. 41(1) pp. 19-25.

Resumen

Se revisan los procedimientos racionales de autocontrol y las técnicas aversivas para el control del tabaquismo. Los hallazgos indican que los paquetes con multicomponentes de autocontrol han producido los resultados más consistentes. Los pasos más recientes en los tratamientos para dejar de fumar son discutidos, incluyendo los programas que reconocen la importancia de la dependencia a la nicotina (p.e. el chicle de nicotina) y los programas que incluyen la prevención de recaídas y los problemas-objetivo que se crean después de que el tratamiento ha terminado.

4. Sirota, A.D., Curran, J.P., Habif, V. (1985). "Smoking cessation in chronically ill medical patients". Journal of Clinical Psychology. Vol. 41(4) pp. 575-579.

Resumen

Se evaluó la efectividad de un programa conductual para dejar de fumar que consiste en la reducción gradual de nicotina, técnicas de autocontrol, y prevención de recaídas para el tratamiento de 8 fumadores varones (edad media de 52.9 años) con enfermedades cardiovasculares o pulmonares. A un año de seguimiento, el 50% se mantuvo abstemio, mientras aquellos que

recayeron fumaron menos que cuando llegaron al inicio del tratamiento. Factores no específicos del grupo influyeron, así como, la retroalimentación en los niveles de monóxido de carbono, se juzgaron componentes importantes en el tratamiento.

1986

1. Mann, L.S., Johnson, R.W., Levine, D.J. (1986). "Tobacco dependence: Psychology, biology, and treatment strategies". Psychosomatics. Vol. 27(10) pp.713-718.

Resumen

Se discute la dependencia al tabaco, el papel de la prevención, la intervención, y los métodos usados para la cesación de fumar. El fumar tabaco puede ser enfocado como un proceso psicológico, una adicción fisiológica, o una combinación de ambos. Los modelos conductuales sugieren que el inicio del fumar se lleva a cabo por modelaje social. La nicotina es el principal componente psicoactivo; su recompensa fisiológica toma posesión posteriormente ya que el fumador se adapta a sus efectos. Se discuten las intervenciones primaria, secundaria, y terciaria (p.e. publicidad anti-tabaquica), así como también las intervenciones fisiológicas (p.e. el chicle de nicotina), y los métodos de intervención psicológica incluyendo la hipnosis, técnicas aversivas, de autocontrol y terapias de grupo.

2. Gilchrist, L.D., Schinke, S.P., Bobo, J.K. (1986). "Self-control skills for preventing smoking". Addictive Behaviors. Vol. 11(2) pp. 169-174.

Resumen

Se evaluaron los efectos de la intervención en habilidades de autocontrol para prevenir el fumar tabaco. Se usaron 741 alumnos de los grados quinto y sexto (edad media de 11.4 años), quienes fueron divididos en 3 condiciones: experimental, placebo, y control (test-solamente). En la condición experimental, los sujetos recibieron auto-instrucción, auto-reforzamiento, solución de problemas, y comunicación interpersonal. En la situación placebo los sujetos recibieron una intervención de discusión-orientada, empleando métodos de educación a la salud para prevenir el tabaquismo. Los resultados después de un seguimiento de 15 meses indican que los sujetos en las condiciones de autocontrol y la de placebo incrementaron más sus medidas en conocimientos sobre salud y en sus intentos de no fumar. Los sujetos entrenados en habilidades de autocontrol tuvieron mejores puntajes en medidas de comunicación, auto-instrucción, rechazo de cigarrillos, no complaciente a fumar, y auto-alabanza. Los sujetos de autocontrol reportaron menos cantidad de cigarrillos fumados por semana.

3. Katz, R. C., Sing, N. (1986). "A comparasion of current smokers and self-cured quitters on Rosenbaum's Self-Control Schedule". Addictive Behaviors. Vol. 11(1) pp. 63-65.

Resumen

Se reporta que los fumadores auto-curados (n= 63) tuvieron un puntaje significativamente alto en la Escala De Auto-Control

de Rosenbaum que aquellos fumadores (n= 45) quienes han tratado de dejar de fumar pero han fracasado. Los resultados sugieren que los fumadores que lograron dejar de fumar han tenido éxito porque tienen más fuentes de habilidades de afrontamiento (coping).

4. Katz, R.C., Sing, N.N. (1986). "Reflections on the ex-smokers: some finding on seccessful quitters". Journal of Behavioral Medicine. Vol. 9(2) pp. 191-202.

Resumen

Se administró un cuestionario para valorar el proceso de auto-curación de 63 ex-fumadores quienes dejaron de fumar por sí solos. Muestras separadas de 14 personas que fueron ayudadas a abandonar el hábito y 52 actuales fumadores quienes ya han tratado de dejar de fumar pero han fracasado también fueron entrevistados. Los ex-fumadores tuvieron puntajes más altos en la Escala de Auto-Control, sugiriendo que su éxito fue debido a que al inicio tuvieron mejores habilidades de autocontrol. Otros resultados revelaron que la presión social y la curiosidad son las principales razones para hacerse un fumador, los síntomas de abstinencia y la pérdida de placer como los obstáculos más poderosos para dejar de fumar, y la auto-confianza como uno de los factores más importantes para dejar de fumar. La dificultad para dejar de fumar fue asociada con factores cognoscitivos como creencias acerca de las propiedades adictivas de la nicotina y los puntajes en auto-confianza, así como también con el apoyo social y la cantidad fumada anteriormente.

1987

1. Reynolds, R.V., Tobin, D.L., Creer, T.L., Wigal, J.K. (1987). "A method for studying controlled substance use: A preliminary investigation". Addictive Behaviors. Vol. 12(1) pp. 53-62.

Resumen

Se estudiaron los factores que influyen el mantenimiento del fumar controlado entre 12 mujeres y 10 hombres quienes terminaron un programa de autocontrol orientado a la reducción de fumar. Dos variables, el locus de control interno y de auto-etiquetamiento como la de no-fumador, fueron predictores significativos del mantenimiento del fumar controlado en un seguimiento de tres meses. Estas dos variables produjeron una clasificación correcta en rango de 88.9%. Se discuten las implicaciones para un futuro estudio para controlar el tabaquismo.

1988

1. Carmody, T.P., Loew, D.E., Hall, R.G., Breckenridge, J.S. (1988). "Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies with chronically ill smokers. Special Issue: Pharmacological adjuncts and nutritional supplements in the treatment of drug dependence". Journal of Psychoactive Drugs. Vol. 20(3) pp. 269-274.

Resumen

1. Se investigó el impacto de un tratamiento clínicamente basado para dejar de fumar que combinó el uso del chicle de nicotina (ChN) con autocontrol conductual y técnicas de prevención de recaídas. 59 pacientes en clínicas (con edades mayores a los 50 años) recibieron ya sea el tratamiento con ChN y entrenamiento en habilidades de autocontrol conductual o ChN con solamente un mínimo de contacto en el seguimiento. Los hallazgos indican que no existen diferencias significativas en la abstinencia en postratamiento entre los grupos. El rango total de abstinencia a los 3 meses fue del 46%. Los hallazgos sugieren que una intervención conductual adicional no fue necesaria debido a los contactos de seguimiento periódicos que fueron proporcionados para monitorear la ejecución, así como también para determinar los efectos secundarios del ChN.

2. Ginter, G.G. (1988). "Relapse prevention in health promotion: strategies and long-term outcome. Special Issue: Behavioral medicine and the mental health counselor". Journal of Mental Health Counseling. Vol. 10(2) pp. 123-135.

Resumen

Se revisa la eficacia de procedimientos para el mantenimiento de ejecución para prevenir las recaídas en la cesación del fumar, control de peso, y programas con ejercicios. El autor discute varios modelos en la prevención de las recaídas y el mantenimiento (p.e. condicionamiento, autocontrol, la teoría de la atribución, y la prevención de recaídas) y revisa los

estudios en los cuales los investigadores probaron la eficacia de los procedimientos diseñados para mantenerse sin fumar, en la reducción de peso y en los ejercicios dentro del post-tratamiento. Para cada tópico de tratamiento, el autor identifica factores en eventos de auto riesgo que han sido asociados con las recaídas y revisa los efectos de los procedimientos en la prevención de recaídas en un tiempo posterior. Se discuten las formas para incorporar las técnicas para la prevención de recaídas dentro de los programas para la promoción de la salud.

En el año de 1989 no se encontró ninguna investigación durante que manejara las dos variables (autocontrol y tabaquismo).

1990

1. Gesit, Ch.R., Herrmann, S. (1990). "A comparision of psychological characteristics of smokers, ex-smokers and non-smokers". Journal of Clinical Psychology. Vol. 46(1) 102-105.

Resumen

La investigación fue diseñada para valorar ciertas diferencias entre 366 fumadores, ex-fumadores, y no fumadores, de población estudiantil (college students) con respecto al autocontrol, necesidades de afiliación, orden, y paciencia. Los ex-fumadores mostraron significativamente más autocontrol, así como también en las necesidades de orden y paciencia, que los fumadores y los ex-fumadores, y marcadamente más necesidad de afiliación que los fumadores. Los no-fumadores exhibieron significativamente más autocontrol que los fumadores. Se concluye

que los ex-fumadores, más que ser intermediarios entre los fumadores y no fumadores, forman un solo grupo en las escalas usadas.

En el año de 1991 no se encontró ninguna investigación que manejara las dos variables (autocontrol y tabaquismo).

3.2. Descripción de hallazgos

Con el fin de poder organizar los hallazgos de forma descriptiva es necesario recurrir a los siguientes parámetros (que incluyen revisiones e investigaciones empíricas):

1. Autocontrol como grupo de técnicas preventivas para el tabaquismo.

2. Autocontrol como grupo de técnicas terapéuticas para tratar el tabaquismo.

3. Autocontrol combinado con otro grupo de técnicas terapéuticas.

Cada parámetro incluye:

- a) Número de sujetos.
- b) Sexo.
- c) Edad.
- e) Técnicas de autocontrol utilizadas.
- f) Resultados obtenidos en porcentajes.

1. Autocontrol como grupo de técnicas preventivas para el tabaquismo.

Dos investigaciones sobre el autocontrol y prevención fueron encontradas.

La primera investigación, fue llevada a cabo por Gilchrist (1985), se enfocó a revisar las estrategias utilizadas para la prevención del tabaquismo en forma general, poniéndole un énfasis especial al modelo de habilidades de autocontrol como la base para cualquier programa más general.

La segunda investigación, fue llevada a cabo por Gilchrist (1986) utilizó:

- a) 741 sujetos.
- b) 49% mujeres y 51% hombres.
- c) 11.4 años de edad.
- d) Técnicas utilizadas: Reestructuración cognoscitiva, juego de roles, auto-instrucción, auto-reforzamiento, solución de problemas, y tareas entre sesiones.
- e) Resultados obtenidos en 15 meses:
 - 37% se mantuvieron no fumadores.
 - 42% fumadores experimentales.
 - 20% fumadores regulares.

Es importante incluir dentro de éste parámetro tres investigaciones que se enfocaron a aplicar test psicológicos elaborados para conocer el autocontrol de personas que han estado ligadas al hábito y personas que no lo han estado.

La primera investigación, fue llevada a cabo por Katz

(1986), y se aplicó la escala denominada Self-Control Schedule y su objetivo fue conocer las diferencia entre personas que han dejado de fumar por sí mismos y aquellos que siguen fumando más de 20 cigarrillos pero han tratado de dejar de fumar en más de dos ocasiones.

a) Sujetos: 108, 63 autocurados y 45 fumadores.

b) Sexo: misma cantidad de hombres y mujeres.

d) Edad: 21 a 70 años.

e) Resultados: Los autocurados obtuvieron porcentajes mayores en la escala (23.3) en comparación con los fumadores (19.06).

La segunda investigación, fue llevada a cabo por Katz (1986), y se aplicó la escala denominada Self-Control Schedule, para conocer las diferencias entre personas que abandonaron el hábito por sí solos (autocurados), personas a quienes se les ayudo a abandonar el hábito, y fumadores actuales (20 o más cigarrillos diarios)

a) Sujetos: 63 ex-fumadores autocurados, 14 ex-fumadores a quienes se les ayudo, y 52 fumadores con intentos de dejar el hábito.

b) Sexo: igual cantidad de hombres y mujeres en grupos.

c) Edad: 21 a 60 años.

d) Resultados obtenidos:

- Los autocurados obtuvieron puntajes más elevados (25.8).

- Los ex-fumadores con ayuda (18.07).

- Los fumadores con intentos de dejar el hábito (17.15).

La tercera investigación, fue llevada a cabo por Geist

(1990), y se utilizó la escala denominada Adjective Checklist (ACL) con el objetivo de conocer las diferencia entre fumadores, ex-fumadores y no fumadores.

a) Sujetos: 366

b) Sexo: 235 mujeres (51 fumadoras, 46 ex-fumadoras, y 138 no-fumadoras), 131 hombres (28 fumadores, 33 ex-fumadores, y 71 no-fumadores).

c) Edad: 21 a 24 años.

d) Resultados obtenidos: El grupo de los no-fumadores obtuvo una media de 47.68, los ex-fumadores 50.32 y los fumadores obtuvieron 44.68.

2. Autocontrol como grupo de técnicas terapéuticas para el tabaquismo.

Se realizaron un total de ocho investigaciones utilizando solamente técnicas de autocontrol, seis de ellas utilizaron técnicas de autocontrol como único tratamiento (una de ellas utilizó autocontrol conductual-cognoscitivo), y dos investigaciones compararon dos tratamientos elaborados cada uno con técnicas de autocontrol.

Para la elaboración de las ocho investigaciones se utilizó:

a) Sujetos: 435.

b) Sexo: 240 Hombres y 195 mujeres.

c) Edad: 20 a 51 años.

d) Número promedio de cigarrillos fumados al día: 23 a 29 cigarrillos diarios.

e) Técnicas más utilizadas en las investigaciones:

- Automonitoreo:	22.7%
- Estrategias de Afrontamiento:	13.6%
- Relajación:	13.6%
- Autorreforzamiento:	13.6%
- Contrato Conductual:	9.0%
- Control de Estímulos:	9.0%
- Reestructuración Cognoscitiva:	9.0%
- Solución de Problemas:	4.5%
- Modelamiento:	4.5%

1. Las técnicas para facilitar el cambio de conducta utilizadas:

- a) Automonitoreo (22.7%).
- b) Contrato Conductual (9.0%).

2. Las técnicas de Planificación Ambiental utilizadas:

- a) Control de Estímulos (9.0%).
- b) Modificación de Medio Interno (Reestructuración Cognoscitiva (9.0%).

3. Las técnicas de Programación de la Conducta utilizadas:

- a) Autorreforzamiento (13.6%).
- b) Relajación (13.6%).
- c) Estrategias de Afrontamiento (13.6%).
- d) Solución de Problemas (4.5%).
- e) Modelamiento (4.5%).

Las investigaciones que utilizaron técnicas de los tres grupos fueron tres y dos de ellas se enfocaron a pacientes con

enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

El número de investigaciones que utilizaron técnicas de los grupos 1 y 2 fue solamente uno.

El número de investigaciones que utilizaron técnicas de los grupos 1 y 3 fueron solamente cuatro.

No hay ninguna investigación que solamente haya utilizado técnicas de los grupos 2 y 3. No existe tampoco investigaciones que utilizaran solamente técnicas del grupo 1. Pero si existe una para el grupo 2 y una para el grupo 3.

f) Resultados obtenidos:

1. La investigación de Schiffman (1982) se evocó a dar apoyo a personas ex-fumadoras para que evitaran recaídas utilizando las técnicas de solución de problemas, automonitoreo, auto-manejo, y modelamiento. En realidad no se reportan datos fieles de todas las que llamaron y evitaron fumar, pero se estima que aquellas a quienes se les hizo seguimiento se mostraron muy satisfechos con la línea.

2. Colletti (1982) llevó a cabo un seguimiento de un programa que utilizó control estimular (no aversivo) para dejar de fumar. Encontró que el 24% de los 103 sujetos se mantuvieron sin fumar por un periodo de cuatro años.

3. Collet (1983) utilizando automonitoreo, contratos conductuales, y autorreforzamiento con 18 sujetos en un periodo de 3 meses obtuvo:

50% abstinencia 22.2% reducción 27.8% recaída

4. Hills (1983) con una población de 14 sujetos y utilizando estrategias de afrontamiento y automonitoreo en un periodo de 14 semanas obtuvo:

21.4% abstinencia 35% reducción 43.6% recaída

5. Hall (1983) con una población de 35 sujetos con enfermedades cardiovasculares y pulmonares, utilizando para un primer grupo: modelamiento, y persuasión verbal, y para un segundo grupo: relajación estrategias de afrontamiento, reestructuración cognoscitiva, y aversión a fumar, en un periodo de 6 meses obtuvo:

Primer grupo:

27.7% abstinencia 27.7% reducción 44.6% recaída

Segundo grupo:

33.3% abstinencia 44.4% reducción 22.3% recaída

6. Sommer (1984) dividió su población de 60 sujetos en tres grupos. el primer grupo utilizó solamente automonitoreo, el segundo automonitoreo y solución de problemas, el tercer grupo utilizó automonitoreo y contrato conductual, en un periodo de seguimiento de tres meses se obtuvo:

1. 15% abstinencia 15% reducción 70% recaída.

2. 10% abstinencia 20% reducción 50% recaída.

3. 20% abstinencia 35% reducción 45% recaída.

7. Schiffman (1984) utilizando respuestas de afrontamiento conductuales y cognoscitivas en forma individual y combinada trataron de ayudar a 183 personas que se reportaron a un línea telefónica para ayudarlos a evitar recaídas, los resultados no son confiables.

8. Reynolds (1987) con una población de 22 fumadores crónicos utilizando automonitoreo, análisis del hábito de fumar, control estimular, autorreforzamiento, relajación progresiva, y

como meta la reducción gradual, obtuvo, después de 4 meses:

31% abstinencia 40.9% reducción 28.1 recaída.

Dentro de este parámetro es necesario incluir aquellas investigaciones que revisaron en forma bibliográfica el tabaquismo y el autocontrol. Son tres las revisiones llevadas a cabo, encontrándose que todas tratan de aclarar la etiología del tabaquismo y su posible tratamiento concluyendo que los métodos más eficaces y que llevan a un periodo más de abstinencia son aquellos que incluyen la modificación de la conducta, específicamente las técnicas de autocontrol.

3. Autocontrol combinado con otro grupo de técnicas terapéuticas.

Dentro de este parámetro se incluyen aquellas investigaciones en las cuales se combinaron una serie de técnicas de autocontrol más otras técnicas que no caen dentro de los tres grupos de técnicas (técnicas para facilitar el cambio de conducta, técnicas de planificación ambiental, y técnicas de programación de la conducta) con otras estrategias terapéuticas tales como la farmacológica, educativa y social.

A continuación se mencionan cada una de las investigaciones.

1. En la investigación llevada a cabo por Best (1982) utilizó técnicas de autocontrol más restricción ambiental, y trabajo con:

- a) Sujetos: 56
- b) Sexo: 55.6% hombres y 44.4% mujeres
- c) Edad: 33.8%

d) Técnicas usadas:

- Autocontrol: Automonitoreo, relajación, y tareas entre sesiones.

- Restricción Ambiental.

e) Resultados obtenidos: (Meta la abstinencia).

- Periodo de abstinencia combinados:

73% de abstinencia en 6 meses y 53% de abstinencia en 12 meses.

2. Lara-Cantú (1984) utilizó técnicas de autocontrol más el uso del chicle de nicotina, y trabajo con:

a) Sujetos: 48.

b) Sexo: 55% Hombres, 45% Mujeres.

c) Edad: entre 30 y 40 años.

d) Técnicas usadas:

- Autocontrol: Automonitoreo.

- Chicle de Nicotina.

e) Resultados obtenidos en seis meses:

- 22.9% recaída 29.1% abstinencia 47.9% reducción

3. Sirota (1985) combinó técnicas de autocontrol más retroalimentación y reducción gradual de nicotina en un grupo de enfermos con afecciones cardiovasculares y pulmonares y utilizó:

a) Sujetos: 8.

b) Sexo: 100% hombres.

c) Edad: 52.9 años.

d) técnicas utilizadas:

- Autocontrol: Automonitoreo, estrategias de afrontamiento, modelamiento, control de estímulo.

- Reducción gradual de nicotina y retroalimentación.

e) resultados obtenidos a 12 meses (meta la abstinencia):

50% abstinencia 50% recaída

4. Carmody (1988) combinó técnicas de autocontrol con chicle de nicotina, teniendo como meta la abstinencia, y utilizó:

a) Sujetos: 59.

b) Sexo: 65% Hombres 35% mujeres.

c) Edad: mayores de 50 años.

d) Técnicas usadas:

- Autocontrol: Automonitoreo, técnicas de afrontamiento.

- Chicle de nicotina

e) Resultados obtenidos en tres meses:

46% abstinencia 54% recaída.

De las técnicas de autocontrol que pertenecen al grupo de las que facilitan el cambio conductual encontramos que en un 100% se utilizó solamente el automonitoreo; del grupo de planificación ambiental se utilizó solamente el control de estímulo en un 12.5%; del grupo de programación conductual se utilizaron las estrategias de afrontamiento en un 25%, el modelamiento la relajación y las tareas entre sesiones se utilizaron en un 12.5%.

CONCLUSIONES

GENERALES

CONCLUSIONES GENERALES

El ser humano es un ser bio-psico-social que se enfrenta constantemente con problemas de diferentes tipos y trata de resolverlos de la mejor manera posible. El abuso de fumar tabaco es uno de los graves problemas de salud pública en numerosas culturas, debido a la asociación que se le atribuye con una cantidad de padecimientos pulmonares y cardiovasculares que causan la muerte a muchas personas. El fenómeno del tabaquismo necesita ser estudiado desde los enfoques biológico, social, y psicológico para poder determinar con exactitud desde las causas hasta sus posibles tratamientos. Dentro de la psicología existen diversos enfoques en los que se ha manejado este fenómeno, y uno de ellos, ha sido el enfoque conductual que estudia el tabaquismo como una conducta maladaptativa que se aprende como cualquier otra conducta. Generalmente los excesos conductuales tales como el fumar, beber bebidas embriagantes, comer y jugar compulsivamente, se clasifican dentro de un rubro general denominado "conductas adictivas". Este rubro obedece a la premisa que este tipo de conductas repetitivas tienen consecuencias conflictivas. Es decir, que frecuentemente un sujeto prefiere tener un reforzador pequeño pero inmediato, a un reforzador mayor pero demorado; o prefiere posponer enfrentarse a una situación desagradable sabiendo que está situación se hará aún más desagradable con el tiempo. El área conductual que enfoca este tipo de conductas complejas se la ha denominado

"autocontrol".

Concretamente, en este trabajo de revisión bibliográfica se abocó a investigar cuales son las investigaciones y las aportaciones que han hecho con respecto al tabaquismo con autocontrol. Por lo tanto, se buscó al autocontrol como un constructo teórico más que un conjunto de técnicas, debido a que en muchas ocasiones los investigadores utilizan al autocontrol como sinónimo de diferentes técnicas. Esto significa que el autocontrol es un concepto que comprende un conjunto de técnicas y no una técnica en sí misma. No fue el objetivo de esta revisión analizar cada una de las investigaciones que utilizaron alguna técnica de autocontrol en especial con respecto al tabaquismo.

Dentro de ésta revisión se ha podido constatar, que la existencia de las investigaciones ha sido escasa dentro del campo preventivo y de tratamiento terapéutico en autocontrol y tabaquismo. Podemos apreciar, por ejemplo, el escaso interés que los investigadores sobre la prevención han tenido hacia el autocontrol, mostrándolo con sólo una investigación empírica y una revisión, más sin embargo, los datos de estas investigaciones nos muestra la importancia que recae en el aprendizaje de las habilidades de autocontrol para mantener el objetivo de la prevención. Para apoyar esta afirmación las también pocas investigaciones que se llevaron a cabo para conocer las habilidades de autocontrol entre diferentes poblaciones tales como ex-fumadores, fumadores y aquellos que ha tratado de dejar de fumar y no han podido, nos muestran que para poder prevenir o dejar el hábito es necesario el aprendizaje de dichas

habilidades. Es sumamente importante llevar a cabo más y mejores investigaciones en el aspecto preventivo y de características personales con respecto al autocontrol, para poder así corroborar los resultados de las investigaciones mencionadas, y por consecuencia, llevar a cabo programas preventivos más eficaces.

Por otro lado, el trabajo dentro de el tratamiento con técnicas de autocontrol solamente, nos muestran realmente resultados alentadores, como por ejemplo, la consistencia para acabar y/o reducir el consumo de cigarrillos, así como también, mantener al sujeto en abstinencia o reducción por el mayor tiempo posible. Estos resultados, pueden ser apoyados por investigaciones que se dirigieron a solamente revisar las técnicas utilizadas con anterioridad para tratar el problema tabaquico, donde se encontró que las técnicas de autocontrol son las que mantienen una consistencia de éxito superior a otras técnicas utilizadas y que su uso se hace cada vez más necesario en cualquier programa de tratamiento contra el tabaquismo.

Cuando se combinaron técnicas de autocontrol con otro tipo de técnicas tales como las farmacológicas y sociales, los hallazgos nos muestran que se obtienen una mayor tasa en la reducción y/o abstinencia con un periodo mayor de mantenimiento que los tratamiento llevados a cabo en forma separada.

No podemos decir con firmeza que el autocontrol es la solución para la prevención y/o tratamiento para el tabaquismo debido a que existen muy pocas investigaciones de estas dos variables interrelacionadas en un periodo bastante considerable de tiempo. La forma en que se ha abordado el autocontrol por parte de los investigadores es muy confuso, reflejándose en la

poca calidad de sus marcos teóricos en la cual se basan, por ejemplo, en ninguna investigación de tipo empirico se menciona una definición de autocontrol, conociéndose con anterioridad las confusiones para definir el término. Tampoco justifican el uso de las técnicas que utilizan, ya que en solamente en una investigación se tomaron en cuenta técnicas de los tres grupos (a. técnicas para facilitar el cambio de conducta, b. técnicas de planificación ambiental, y c. técnicas de programación de la conducta), conociéndose de antemano que el autocontrol debe de seguir una secuencia más o menos ordenada para que se den los resultados que se esperan. Es también importante mencionar que en muy pocas investigaciones se menciona con claridad el objetivo de la investigación, por ejemplo, la abstinencia, la reducción o la evitación de recaídas.

El uso del autocontrol como herramienta para el tratamiento tiene limitaciones importantes para llevarla a cabo en grupo, tales como la meta del tratamiento, los pasos que se deben seguir para el logro, ya que éstos deben ser de establecidos por el propio sujeto, y el uso necesario del automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento que varía tremendamente de sujeto a sujeto.

Es posible que hasta ahora no se le haya dado la importancia que merece el autocontrol concretamente relacionado con el hábito tabaquico por las dificultades teóricas y metodológicas que implica. No obstante, como los resultados ciertamente positivos de las investigaciones encontradas en esta revisión, nos permite asegurar que el autocontrol es eficaz, a pesar de no llevarse de una forma óptima, representando una área

con gran futuro que necesita ser desarrollada, tomando en cuenta sus limitaciones.

En resumen, el aumento en el abuso del tabaco representa un problema social de grandes magnitudes que debe de ser tratado con medidas preventivas y de tratamiento que realmente proporcionen los resultados esperados. El autocontrol es, a pesar de la poca investigación en los últimos años, una alternativa con la que cuenta la psicología clínica que puede ser integrada a los campos biológico y social para poder crear en forma conjunta verdaderas y efectivas medidas a un nivel primario, secundario, y terciario al problema de salud en el cual el abuso de fumar tabaco se ha convertido.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aceto, M.D., Martin, B.R. (1981). "Nicotine binging sites and the localization in the Central Nervous System". Neuroscience and Biobehavioral Review. Vol. (5), pp. 472-473.
- American Psychiatry Association. "Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DMS III". México: Masson Ed., 1984.
- Aragonés, R. "Tabaquismo". Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología, 1981, UNAM.
- Aragonés R. Videocassette sobre tabaquismo, 1984.
- Aspectos Demográficos (1979). Capítulo III. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1975-1976 (Secretaría de Programación y Presupuesto).
- Averill, J.R. (1973). "Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress". Psychological Bulletin. Vol. (80), pp. 286-303.
- Avia, M.D. "Técnicas Cognoscitivas y de Autocontrol". En Mayor y Labrador (Ed). Manual de modelos de Conducta, España: Alambra Universidad, 1984.
- Bandura, A., Walters, R.H. "Social Learning and personality development". New York: Holt, Rinehart, y Winston, 1973.
- Bandura, A., Kupers, C.J. (1964). "Trassmission of patters of self-reinforcement through modeling". Journal of Abnormal Social Psychology. Vol. (5), pp. 449-455.
- Bandura, A. "Principles of behavior modification". New York: Holt, Rinehart, y Winston, 1969.
- Bandura, A. "Vicarious and self-reinforcement process". En R. Glaser (Ed). The nature of reinforcement. New York:

Academic Press, 1971.

- Bandura, A. (1974). "Behavior Theory and models of man". American Psychologist. Vol. (29), pp. 859-869.
- Beck, A. (1963). "Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions". Archives of General Psychiatry. Vol. (9), pp. 324-333.
- Beck, A. (1970). "Cognitive Therapy: Nature and relation to behavior therapy". Behavior Therapy. Vol. (1), pp. 184-206.
- Beck, A., Rush, A.J., Novacks, M. "Individual treatment manual for cognitive-behavioral psychotherapy for depression". Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1976.
- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M.C. " El tabaco y su abandono". 1988. Santiago de Compostela: Dirección Xeneral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E., Lorenzo, M.C. (1989). "Evaluación de la Conducta de Fumar II: Medidas Fisiológicas". Revista Intercontinental de Psicología Y Educación. Vol. 2(3) pp. 37-58.
- Bem, D. "Self-perception theory". En L. Berkovitz (ed). Advances in Experimental Social Psychology. New York: Academic Press, 1973.
- Benovitz, N.L. (1983). "The use of biologic fluid samples in assessing tobacco smoke consumption". En J. Grobowsky y C.S. Bell (Eds.), Measurement in analysis and treatment of smoking behavior. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Bellack, A.S., Haresen, M. "Behavior modification: An introductory textbook". London y New York: Oxford University Press, 1977.

- Best, J., Suefeld, P. (1982). "Restricted enviromental stimulation therapy and behavioral self-management in smoking cessation". Journal of Applied Social Psychology. Vol. 12(5), pp. 408-419.
- Bouzas, A., Morán, C. "Autocontrol". Programa de publicaciones de material didáctico: Análisis Experimental de la Conducta. México: Facultad de Psicología, UNAM, 1988.
- Brehm, J.W., Cohen, A. R. "Explorations in Cognitive dissonance". New York: Wiley, 1962.
- Buheler, C., Allen, M. "Basic theoretical concepts of humanistic psychology". Monterey California Books: Cole, 1974.
- Caddy, G.R. (1976). "Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholic drinking behavior". Behavior Therapy. Vol. (7), pp. 223-230.
- Carmody, T.P., Loew, D.E., Hall, R.G., Breckenridge, J.S. (1988). "Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies with chronically ill smokers. Special Issue: Pharmacological adjuncts and nutritional supplements in the treatment of drug dependence". Journal of Psychoactive Drugs. Vol. 20(3) pp. 269-274.
- Casacchia, M., Carusi, G., Rossi, A. (1983). "Cigarette smoking: A behavioural pattern". Rivista di Psichiatria. Vol. 18 (2) pp. 181-197.
- Cautela, J.D. (1966). "Treatment of compulsive behavior by coverant sensitization". Psychological Record. Vol. (16), pp. 33-41.
- Cautela, J.D. "Behavioral self-control: some clinical concern". En M. Hersen, R.M Eisler, y M. Miller (ed), Progress in

behavior modification: appraisal and status. Vol. (2), New York: Academic Press, 1969.

- Chavez-Dominguez, R. "Aspectos cardiovasculares del tabaquismo: panorámica de la situación". Memorias del Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental. México, D.F., 1991.

- Cherek, B. (1983) " Effect of Smoking different doses of nicotine on human aggressive behaviour. Psychopharmacology. Vol. (75), pp. 339-345.

- Collet, W. (1983). "The exchange model of learning as a method for describing a behavior therapy process". Zeitschrift fur Klinische Psychologie: Forschung und Praxis. Vol. 12(2) pp. 79-93.

- Colletti, G., Supnick, J.A., Rizzo, A.A. (1982). "Long term follow-up (3-4 years) of treatment for smoking reduction". Addictive Behaviors. Vol. 7(4) pp. 429-433.

- "Comunicado de la campaña antitabaquica, aire limpio para todos". Universidad Autónoma Metropolitana. Azcapotzalco, México D.F., 1989.

- Delgado, F. "La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas". México: Trillas, 1983.

- Dewey, J. "Experience and education". New York: Macmillan, 1939.

- Dollar, J., Miller, M.E. "Personality and psychotherapy". New York: McGraw Hill, 1950.

- Drabman, R.S., Spitalnik, D., O'Leary, K.D. (1973). "Teaching disruptive children". Journal of Abnormal Psychology. Vol. (82), pp. 10-16.

- Echeburua, O. (1985). "Self-control techniques and multimodal programs for the treatment of tobacco addiction". Psicopatología. Vol. 5(3) pp. 235-247.
- Ellis, A. "Reason and emotion in psychotherapy". New York: Lyne Stuart, 1962.
- Fester, C.B., Nurnberger, J.I., Levitt, E.B. (1962). "The control of eating". Journal of Mathematics. Vol. (1), pp. 87-109.
- Fester, C.B. "Classification of behavior pathology". En L. Krasner, y L.P. William (Ed). Research in behavior modification. New York: Holt, Rinehart, y Winston, 1971.
- "Folleto de divulgación sobre temas de la patología respiratoria: Tabaquismo". Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Secretaría de Salud. México 1991.
- Gesit, Ch.R., Herrmann, S. (1990). "A comparison of psychological characteristics of smokers, ex-smokers and non-smokers". Journal of Clinical Psychology. Vol. 46(1) 102-105.
- Gilchrist, L.D., Schinke, S.P. (1985). "Improving smoking prevention programs". Journal of Psychosocial Oncology. 1985. Vol. 3(1) pp. 67-78.
- Gilchrist, L.D., Schinke, S.P., Bobo, J.K. (1986). "Self-control skills for preventing smoking". Addictive Behaviors. Vol. 11(2) pp. 169-174.
- Ginter, G.G. (1988). "Relapse prevention in health promotion: strategies and long-term outcome. Special Issue: Behavioral medicine and the mental health counselor". Journal of Mental Health Counseling. Vol. 10(2) pp. 123-135.

- Guillen-Abasolo, D. "El tabaquismo como problema de salud en México". Memorias de Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental. México, D.F., 1991.

- Glynn, E.L. (1970). "Classroom application of self-determined reinforcers". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. (3), pp. 123-132.

- Goldiamond, I. (1965). "Self-control procedure in personal behavior problems". Psychological Reports. Vol. (17), pp. 857-868.

- Goldfried, M.R. (1971). "Systematic desensitization as training: a non specific behavior therapy program for anxiety control". Behavior Therapy. Vol. (2), pp. 498-510.

- Goldfried, M.R., Merbaum, M. "A perspective on Self-Control. En M.R. Goldfried y M. Mebaum: Behavior change through self-control. New York: Holt, Rinehart, y Winston, 1973.

- Goldfried, M.R., Goldfried, A.P. "Cognitive change methods". En F.N. Kanfer, y A.P. Goldstein (Ed). Helping people change. New York: Pergamon Press, 1975.

- González G. M. "El tabaco y las cigarreras mexicanas de oro y plata". México: UNAM (Ed), 1980.

- Hall, S. (1983). "Smoking cessation in patients with cardiopulmonary disease: An initial study". Addictive Behaviors. Vol. 8(1) pp. 33-45.

- Henningfield, J.E. (1983) "Measurements issues in cigarette smoking research: Basic behavioral and physiological effects and patterns of nicotine self-administration. En J. Grabowsky y C.S. Bell (Eds.), Measurements in the analysis and treatment of smoking behavior. Rockville, MD: National Institute

of Drug Abuse.

- Hills, A.A. (1983). "Degree of difficulty in giving up cigarettes". Psychological Reports. Vol. 52(1) pp. 219-222.

- Homme, L.F. (1965). "Perspectives in Psychology- XXIV control of coverants: the operant of the mind". Psychological Record. Vol. (15), pp. 501-511.

- Ibañez, P., y Sanjuan M.A. "El tabaco". Ed. Mezquinta, España, 1983.

- Jaffe, J., Petersen, R., Hodgson, R. "Problemas y soluciones". Colección La Psicología y Tú. Ed. Tierra Firme: México, 1980.

- Kamack, T.W., Linchestein, E. (1985). "Current trends in clinic-based smoking control". Annals of Behavioral Medicine. Vol. 41(1) pp. 19-25.

- Kanfer, F.H., Marston, A.R. (1963). "Conditioning of self-reinforcing responses: an analogue to self-confidence training". Psychological Reports. Vol. (13), pp. 63-70.

- Kanfer, F.H. "Self-regulation: Research, issues and speculations". En C. Neuringer, J.L. Englewood, N.J. Prentice (Ed), Behavior modification in clinical psychology. New York: Appleton Century Crafts, 1970.

- Kanfer, F.H., Phillips, J.S. "Learning foundation of behavior therapy". New York: Wiley, 1970.

- Kanfer, F.H. "The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement". En A. Jacobs, y L.B. Sachs (Ed). The psychology of private events: perspective in coverant response systems. New York: Academic Press, 1971.

- Kanfer, F.H. "Self-management methods". En F.H. Kanfer y

A.P. Goldstein (Ed). Helping people change. New York: Pergamon Press, 1975.

- Kanfer, F.H. (1980). "El autocontrol y su aplicación clínica". Principios del aprendizaje en la terapia del comportamiento. Ed. Trillas, México.

- Karoly, P. "Behavioral self-management in children: concepts, issues, and directions". En M. Heresen, R.M. Eisler, y M. Miller (Ed). Progress in behavior modification, Vol 5. New York: Academic Press, 1977.

- Katz, R. C., Sing, N. (1986). "A comparasion of current smokers and self-cured quitters on Rosenbaum's Self-Control Schedule". Addictive Behaviors. Vol. 11(1) pp. 63-65.

- Katz, R.C., Singh, N.N. (1986). "Reflections on the ex-smokers: some finding on seccessful quitters". Journal of Behavioral Medicine. Vol. 9(2) pp. 191-202.

- Kazdin, A.E. (1971). "The effect of response cost in suppresing behavior in a pre-psychotic retarded". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. (2), pp. 137-140.

- Kazdin, A.E. (1971). "Toward a client administered token reinforcement program". Education and training of the mentally retarded Vol. (6), pp. 52-55.

- Kazdin, A.E. (1972). "Response cost: the removal of conditioned reinforcers for therapeutic change". Behavior Therapy. Vol (3), pp. 533-546.

- Kazdin, A.E. (1973). "Coverant modeling and the reduction of avoidance behavior". Journal of Abnormal Psychology. Vol. (81), pp. 87-95.

- Kazdin, A.E. "Self-monitoring and behavior change". En M.J. Mahoney, y C.E. Thoresen (Ed). Self-control: power to the person. Monterey California: Brooks, 1974.
- Kazdin, A.E. "Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas". México: Manual Moderno, 1978.
- Kelly, G. "The theory of personal constructs". New York: Norton, 1955.
- Kopel, S., Arkovits, H. (1975). "The role of attribution and self-perception in behavior change: implication for behavior therapy. Genetic Psychological Monograph. Vol. (92), pp. 175-212.
- Lara-Cantú, M.A., Onate-Rivadeneira, G., Balzaretti-Gonzalez, M., Sánchez-Martínez, R. (1984). "Multimodal therapeutic programme for the cessation of smoking". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 30(3) pp. 193-200.
- Lazarus, A. Behavior Therapy and Beyond. New York: McGraw Hill, 1971.
- Lefcourt, H.M. (1973). "The function of the illusions of control freedom". American Psychologist. Vol. (20), pp. 417-425.
- Levine, C.A. "Conceptual analysis of self-control models". Unpublished manuscript. Pennsylvania State University, 1973.
- London, P. "Behavior control". New York: Harpel, 1969.
- London, E.D., Weller, S.B., Wamsey, I.K. (1985). "How to radiographic localization of H binding sites in rat brain". Neuroscience letter. Vol. (53) pp. 341-354.
- Luria, A. "The role of normal and abnormal behavior". New

York: Liverighth, 1961.

- Mahoney, M., Arkknoff, D. "Cognitive and self-control therapies". En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Ed). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1978.

- Maisto, S. (1981). "Self-control and addictive behavior: present status and prospects". The International Journal of the Addictions 16(1), 109-133.

- Mann, L.S., Johnson, R.W., Levine, D.J. (1986). "Tobacco dependence: Psychology, biology, and treatment strategies". Psychosomatics. Vol. 27(10) pp.713-718.

- Marlatt, G.A., Parks, G.A. "Self-management of addictive disorders". En P. Karoly y F. H. Kanfer (Ed). Self-management and behavior change: from theory to practice. New York: Pergamon Press, 1982.

- McGuinnis, J.M. (1983). "International view of smoking". Trabajo presentado en el taller internacional "La salud y el hábito de fumar". México, D.F.

- McKay, M. "Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés". México: Roca, 1988.

- Meichenbaum, D.H., Cameron, R. "The clinical potential of modifying what clients say to themselves". En M.J. Mahoney y C.E. Thoresen (Ed). Self-control: power to the person. Monterey California: Brooks/Cole, 1974.

- Miller, M.E., Dollard, J. "Social learning and imitation". New Haven: Yale University Press, 1941.

- Mischel, W., Wetzer, R. (1962). "Preference for delayed reward as a function of age, intelligence, and length of delay interval" Journal of Abnormal and Social Psychology. Vol. (64),

pp. 425-431.

- Mischel, W., Guillian, C. (1964). "Delay of gratification motivation for prohibited gratification and responses to temptation". Journal of Abnormal and Social Psychology Vol. (69), pp. 411-417.

- Mischel, W. Staub, E. (1965). "Effects of spectancy on working and waiting for large rewards". Journal of Personality and Social Psychology Vol. (2), pp. 625-633.

- Mischel, W., liebert, R.M. (1966). "Effects of discrepancies between observed and imposed reward criteria on their adquisition and trasmission". Journal of Personality and Social Psychology. Vol. (3), pp. 45-53.

- Mischel, W. "Theory and research on the antecedents of self-imposed delay of reward". En B.A. Maher (Ed). Progress in esperimental research in personality, Vol (3). New York: Academic Press, 1966.

- Mischel, W. (1973). "Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review. Vol. (80), pp. 252-283.

- Moss, R.A., Prue, D.M., Lomax, B.D., Martin, J.E. (1982). "Implications of self-monitoring for smoking treatment: Effects on adherence and session attendance". Addictive Behaviors. Vol. 7(4) pp. 381-385.

- Ochoa-Carrillo, F., Mohar-Betancourt, A. "Tabaquismo y cáncer en México: frecuencia". Memorias del Congreso bienal de la Federación Mundial de Salud Mental. México, D.F., 1991.

- O'Leary, A., Dubey, D.R. (1979). "Applications of self-control procedures by children:" a review". Journal of Applied

Behavior Analysis. Vol, (12), pp. 449-466.

- Ordoñez B. (1983) "Repercusiones patológicas del tabaquismo". Actualidades Médicas 74-85.

- Premack, D. "Reinforcement Theory". En D. Levin (Ed). Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 1965.

- Puente, F. (1984). "Experiencias de la clínica de tabaquismo: resultados de un programa educativo-conductual". Salud Mental, 7(2), 62-67.

- Puente-Silva, F.G. (1986). "Tabaquismo en México". Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana. Vol. 101 (3), pp. 234-246.

- Rachlin, H. (1974). "Self-Control". Behaviorism. Vol. (2), pp. 94-107.

- Reynolds, R.V., Tobin, D.L., Creer, T.L., Wigal, J.K. (1987). "A method for studying controlled substance use: A preliminary investigation". Addictive Behaviors. Vol. 12(1) pp. 53-62.

- Rimm, D.C., Masters, J.E. "Behavior therapy: technics and empirical findings". New York: Academic Press, 1979.

- Rosebaum, M.S., Drabman, R.S. (1979). "Self-control training in classroom: a review and critique". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. (12), pp. 449-466.

- Riveros, S. (1976). "Tabaquismo en México". Neumol. Cir. Tórax. Méx. 37(4): 181-187.

- Royal College of Physicians. "Health of smoking". London: Pitman, 1983.

- Rotter, J.B., Chance, J.E., Phares, E.J. "Applications of

a social learning theory of personality". New York : Holt, Rinehart, y Winston, 1972.

- Rubio H., y Aguirre, J.A. (1986). "Hallazgos médicos de una población asistente a la clínica de tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias: implicaciones y consideraciones". Neumología Torax Vol. 4(3), pp. 16-23.

- Russel, M.A.H., Fereyanbend, C. (1978). "Cigarette smoking: A dependence on high-nicotine boli. Drug Metabolism Review. Vol (8), pp. 29-57.

- Schneider, S.J. (1984). "Who quits smoking in a behavioral tratment program?". Addictive Behaviors. Vol. 9(4) pp. 373-381.

- Shapiro, R.H. "Self-control procedures with the mentally restarded". En M. Hersen, R.M. Eisler y M. Miller (Ed). Progress in behavior modification. Vol. (12). New York: Academic Press, 1981.

- Shiffman, S. (1982). "A relapse prevention hotline". Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse. Vol. 1(2) pp. 50-54.

- Schiffman, S. (1984). "Coping with temptaticns to smoke". Journal of Consulting Clinical Psychology. Vol. 52(2) pp. 261-267.

- Skinner, B.F. "Science and human behavior". New York: Free Press, 1953.

- Skinner, B.F. "Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis". New York: Appleton Press, 1969.

- Sirota, A.D., Curran, J.P., Habif, V. (1985). "Smoking cessation in chronically ill medical patients". Journal of

Clinical Psychology. Vol. 41(4) pp. 575-579.

- Sommer, G., Schmid, M.I., Seyfferth, H. (1984).
"Development and evaluation of a complex self-control program for smokers". Zeitschrift für Klinische Psychologie Forschung und Praxis. Vol 13(1) pp 39-60.

- Stroz, R.M. (1956). "Myopia and inconsistency in dynamic utility maximization". Review of Economic Studies. Vol. (23), pp. 166-180.

- Stuart, R.B. (1971). "Behavior contracting within families of delinquents". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology. Vol. (2), pp. 1-11.

- Suinn, R.M., y Richardson, F. (1971). "Anxiety management training: a non specific behavior therapy program for anxiety control". Behavior Therapy. Vol. (2) pp. 498-510.

- Tapia J. R. (1980). "Tabaquismo". Salud Pública de México. Vol. XXII México, Vol. (6), pp. 601-615.

- Thompson, J. E. "Historia y Religión de los Mayas". Ed. Siglo XXI. 3a. Edición. México, 1979.

- Thoresen, C.E., Mahoney, M.J. "Behavioral self-control". New York: Holt, Rinehart, y Winston, 1974.

- Thoresen, C.E., Coates, T.J. "Behavioral self-control: some clinical concern". En M. Heresen, R.M. Eisler, y M. Miller (Ed). Progress in Behavior Modification, Vol. (2). New York: Academic Press, 1976.