



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**LA MOTIVACION AL LOGRO COMO RESULTADO DE UN  
TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PRESENTA:**

**GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. José de Jesús González Núñez**

**Comité de Tesis**

**Dra. María Teresa Padilla Velázquez**

**Dr. Javier Aguilar Villalobos**

**Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa**

**Mtro. Samuel Jurado Cárdenas**

MEXICO, D. F.

1995



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**LA MOTIVACION AL LOGRO COMO RESULTADO DE UN  
TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PRESENTA:**

**GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. José de Jesús González Núñez  
Comité de Tesis**

**Dra. María Teresa Padilla Velázquez**

**Dr. Javier Aguilar Villalobos**

**Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa**

**Mtro. Samuel Jurado Cárdenas**

**A quienes con su cariño y apoyo me enseñaron que nada en el mundo puede ser impedimento para lograr aquello que se anhela: A MIS PADRES.**

**A quien no sólo con palabras sino con lindos detalles me demuestra su afecto, y que con su vivacidad y el sentido que le da a la vida me estimula día a día, deseando que lo que hoy anhela mañana sea una realidad: A MI HERMANA CECI.**

**A quien con su inestimable labor me ha ayudado en el camino de rehacer mi historia, dando sentido a lo que parecía incomprensible y que me ha enseñado que la capacidad de elegir conlleva muchas satisfacciones: DR. ARTURO ORTIZ.**



A mi Director de Tesis, DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ, con cuyo entusiasmo, su gran experiencia clínica y sus conocimientos encauzó mi esfuerzo para el buen logro de esta meta.

Agradezco también a la DRA. MA. TERESA PADILLA VELAZQUEZ, quien siempre me ha alentado a superarme y seguir adelante.

También agradezco al DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS, quien con sus enseñanzas e ideas me ayudó a que realizara este proyecto.

A los Maestros JORGE R. PEREZ ESPINOSA y SAMUEL JURADO CARDENAS, quienes me apoyaron en los últimos detalles necesarios para la culminación de esta tarea.

**A todos mis profesores y amigos porque cada uno contribuyó con sus enseñanzas al logro de esta meta.**

**A mis ya por largo tiempo compañeros y amigos de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, LIC. REBECA AGUILAR FRAGOSO, LIC. MA. DEL PILAR CORDOBA PONCE, DR. HECTOR FLORES VERGARA, SRA. MA. TERESA MARTINEZ Y LIC. BLANCA ROSA RUIZ, cuyas sugerencias mejoraron esta investigación y colaboraron en forma estrecha y desinteresada conmigo.**

**Sin la ayuda de los pacientes que tomaron tratamiento en la Clínica de Tabaquismo, esta investigación no se hubiera logrado, gracias a todos ellos.**

Si puedes estar firme cuando en tu derredor todo el mundo se ofusca y tacha tu entereza; si cuando dudan todos, fías en tu valor y al mismo tiempo sabes excusar su flaqueza; si puedes esperar y a tu afán poner brida, o blanco de mentiras esgrimir la verdad; o siendo odiado al odio no dejarle cabida y ni ensalzas tu juicio ni ostentas tu bondad; si piensas y el pensar no mengua tus ardores; si el triunfo y el desastre no te imponen su ley y los tratas lo mismo, como a dos impostores; si puedes soportar que tu frase sincera sea trampa de necios en boca de malvados, o mirar hecha trizas tu adorada quimera y tronar a forjarla con útiles mellados; si todas tus ganancias poniendo en un montón las arriesgas osado en un golpe de azar, y las pierdes, y luego, con bravo corazón, sin hablar de tus pérdidas vuelves a comenzar; si puedes mantener en la ruda pelea alerta el pensamiento y el músculo tirante, para emplearlos cuando en tí todo flaquea menos la voluntad, que te dice 'adelante'; si entre la turba das a la virtud abrigo; si, marchando con reyes, del orgullo has triunfado; si no pueden herirte el amigo ni enemigo; si eres bueno con todos, pero no demasiado, y si puedes llenar los preciosos minutos con sesenta segundos de combate bravo, tuya es la tierra y todos sus codiciados frutos, y lo más importante: ¡serás hombre, hijo mío!

Rudyard Kipling

## RESUMEN

Durante el siglo XX el tabaquismo ha sido responsable de una marcada incidencia de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

El tabaquismo es una farmacodependencia por lo que hay que tratarla por métodos terapéuticos que faciliten su rehabilitación, pero cuando se asiste terapéuticamente a fumadores para que abandonen su farmacodependencia, uno de los principales problemas a atender es su abrumadora expectativa de falla o fracaso. Es por ello que un tratamiento para dejar de fumar debe promover de motivación hacia el logro, aportando recursos conductuales, cognoscitivos y afectivos que aumenten la confianza en sí mismo, la autoestima y una alianza afectiva con los demás compañeros de grupo, con el fin de eliminar la sensación de desesperanza aprendida por fracasos previos o por la fuerte dependencia al tabaco.

En este trabajo se reportan los resultados encontrados en una escala de orientación al logro aplicada a sujetos fumadores crónicos quienes se inscribieron al Programa para dejar de fumar que imparte la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, tratamiento que tiene una orientación cognoscitivo-conductual y que se da en grupo de 10 personas. Entonces, el objetivo fue determinar si este tratamiento eleva el nivel de motivación al logro y el cómo este último se refleja en el resultado del tratamiento, esto es, dejar de fumar o no dejar de fumar.

El diseño de investigación fue un diseño de pretest-postest aplicado a una muestra de 160 sujetos, 80 mujeres y 80 hombres y se encontró que, efectivamente, hubo una variación positiva de una aplicación a otra lo que llevó a que se aceptara la hipótesis de investigación principal: si eleva el nivel de motivación al logro el tratamiento de la Clínica de Tabaquismo y este nivel se correlacionó con el resultado del mismo, esto es, los pacientes que tienen un nivel más alto de motivación hacia el éxito dejaron de fumar.

Sin embargo, en el tratamiento del tabaquismo el éxito depende tanto de método como del paciente. Los fumadores que asistieron a la mayor parte del mismo hicieron uso adecuado tanto de sus propios recursos como de los que se les procuraron y por lo mismo tienen mayores probabilidades de mantenerse sin fumar.

## INDICE

Introducción	
Capítulo 1. <u>Antecedentes</u>	1
Capítulo 2. <u>La Motivación al Logro</u>	8
1) La motivación. Generalidades y desarrollo histórico del concepto.	8
a) El hedonismo.	10
b) Naturaleza y motivos de los hombres.	11
c) Definiciones.	13
2) Teorías de la motivación.	15
a) La Teoría de McDougall.	15
b) La Teoría de Hull.	16
c) La Teoría de Murray.	18
d) La Teoría de Lewin.	19
3) El inconsciente y la motivación.	20
4) La motivación al logro. Antecedentes y desarrollos teóricos.	26
5) La motivación al logro como equivalente al concepto de autorrealización.	33
6) La voluntad.	35
7) La motivación al logro y la cultura.	37
8) Orígenes psicosociales de la motivación al logro.	40
9) Desarrollo Epigenético de la motivación al logro.	42
10) Influencia del rol sexual en la motivación al logro.	50
11) Medición de la motivación al logro.	54

12)	<b>Conceptos Psicoanalíticos relacionados con la motivación al logro.</b>	57
a)	La teoría tripartita de la mente de Freud.	57
b)	Algunas consideraciones sobre el narcisismo.	60
c)	La identificación y la identidad del yo.	65
d)	Origen y formación del ideal del yo.	66
e)	La autoestima.	68
f)	Kohut y la Psicología del Self.	69
g)	Las aportaciones de la Psicología del Yo al estudio de la sublimación y de la adaptación.	72
h)	La función yoica dominio competencia.	74
i)	Trabajo, vocación y reparación.	76
j)	Algunos tipos de carácter relacionados con el concepto de motivación al éxito desde el punto de vista psicoanalítico.	79
	<b>Capítulo III. <u>El Tabaquismo.</u></b>	82
1)	<b>Antecedentes históricos del tabaquismo.</b>	82
2)	<b>El tabaco. Descripción.</b>	86
3)	<b>El tabaquismo como problema de salud.</b>	89
a)	El hábito de fumar y el cáncer.	91
b)	Daños al aparato respiratorio.	93
c)	Enfermedades cardiovasculares.	94
d)	Enfermedad cerebro-vascular.	95
e)	Enfermedad oclusiva arterial periférica.	95
f)	Enfermedad gastrointestinal.	95

4)	El tabaquismo como farmacodependencia.	96
	a) Abstinencia de tabaco.	96
	b) Dependencia del tabaco.	97
	c) Tabaquismo y adicción.	97
	d) La nicotina como sustancia adictiva.	98
	e) Estudios genéticos sobre la historia natural del tabaquismo.	99
	f) Aspectos psicodinámicos de la dependencia al tabaco.	100
	-La hipótesis del erotismo oral.	101
5)	La farmacodependencia desde el punto de vista psicoanalítico.	107
6)	Determinantes psicosociales del tabaquismo.	116
	a) Motivos subyacentes a la conducta de fumar.	116
	b) Tabaquismo y personalidad.	119
	c) Actitudes hacia el propio tabaquismo.	123
	d) Razones para dejar de fumar.	123
	Capítulo IV. <u>La terapéutica del tabaquismo.</u>	124
1)	Métodos para el abandono del hábito tabáquico.	124
2)	El programa de tratamiento de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.	137
	a) Antecedentes del Programa.	137
	b) El método clínico que sigue el programa.	137
3)	Descripción del Programa. La línea terapéutica de la Clínica del INER.	142

4)	La Psicoterapia de Grupo.	144
	a) El grupo. Antecedentes.	144
	b) La terapia grupal.	146
5)	La reincidencia en el hábito tabáquico.	148
6)	Epidemiología del tabaquismo.	153
	Capítulo V. <u>Metodología.</u>	155
1)	Problema	155
2)	Objetivos	156
3)	Hipótesis	157
4)	Definición de variables	159
5)	Población	160
6)	Diseño de Investigación	161
7)	Procedimiento. Descripción del Programa de Tratamiento.	162
8)	Instrumento	166
	Capítulo VI. <u>Resultados.</u>	169
	Capítulo VII. <u>Discusión de Resultados.</u>	173
	Capítulo VIII. <u>Conclusiones.</u>	178
	<u>Alcances y Limitaciones.</u>	180
	<u>Referencias Bibliográficas y Hemerográficas.</u>	181
	<u>Apéndices.</u>	194



## INTRODUCCION.

Durante el siglo XX, el tabaquismo ha sido responsable de una marcada incidencia de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Sin embargo, el tabaquismo ha sido siempre un fenómeno social aún antes de ser descubierto por Colón en el Nuevo Mundo.

La consideración del hábito de fumar tabaco como problema de salud pública empezó a reconocerse a partir de la década de los 50's en los países desarrollados, que desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo de tabaco, que fueron ampliamente evidenciados en un gran número de enfermedades. La forma más difundida de uso del tabaco, los cigarrillos -sobre todo a partir de este siglo- al permitir una inhalación más profunda conlleva a la acumulación y absorción por diferentes órganos del cuerpo de los componentes tóxicos del humo del cigarro.

El tabaco puede ocasionar enfermedades diversas tales como: cáncer en diferentes sitios (pulmón, cavidad oral, laringe, esófago, vejiga, riñón, hígado, páncreas, estómago, cuello uterino y mama), así como enfermedades obstructivo-crónicas de bronquios y pulmones (bronquitis crónica, asma bronquial, enfisema) y úlcera péptica y gastritis, entre otras.

La pérdida de vidas, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos socioeconómicos y la clasificación como problema epidémico que empieza a gestarse en edades tempranas en la mayoría de los grupos sociales, así como la inclusión del tabaquismo en el campo de las adicciones, ha originado el surgimiento de pautas de acción y de alerta en todos los países por conducto de las organizaciones médicas internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, para que se actúe oportuna y decisivamente en el combate de este hábito.

En el año de 1990 el Cirujano General de los Estados Unidos (Surgeon General) en su reporte anual internacional anunció que la principal meta de las acciones médicas es el cese del tabaquismo. Se sabe que éste es un problema complejo que obedece a factores biológicos, psicológicos y sociales y, así, un punto de sobresaliente interés además de los frentes de acción política y cultural, se refiere a la terapéutica, es decir, a los métodos que permiten al fumador abandonar en forma definitiva el uso de tabaco.

La evidencia extensa sobre los efectos adversos del tabaquismo y su reciente inclusión como trastorno mental por dependencia a una sustancia han provisto de fuertes razones para la implementación de programas de prevención y eliminación de la conducta de fumar.

La relativa pasividad médica, social y legal, del problema del tabaquismo y la escasa reglamentación en la producción y consumo están aunadas a factores psicosociales complejos que incluyen tanto la aceptación y la presión social, como los correspondientes reforzamientos derivados por ejemplo de la publicidad como móviles psicodinámicos implicados en la adquisición y mantenimiento de una adicción.

Es por ello que el hábito de fumar compromete a una gran parte de la población a adoptar medidas para contrarrestar las técnicas de convencimiento para su adquisición y para el fracaso para dejar de fumar.

Pero cuando se asiste terapéuticamente a fumadores para que abandonen su farmacodependencia, uno de los principales problemas a tratar es su abrumadora expectativa de falla o fracaso. Es por ello que un tratamiento para dejar de fumar debe promover de motivación hacia el éxito, aportando recursos conductuales, cognoscitivos y afectivos que aumenten la confianza en sí mismo, la autoestima y una alianza afectiva con los demás con el fin de minimizar la sensación de desesperanza aprendida por fracasos previos o por lo fuerte de su dependencia al tabaco.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México, existe una Clínica contra el tabaquismo que, mediante la terapia de grupo con orientación cognitivo-conductual, tiene como objetivo que las personas abandonen su hábito tabáquico aprendiendo a vivir sin el "soporte emocional" que reciben de él. El objetivo de la presente tesis fue el determinar si el tratamiento que imparte esta clínica eleva el nivel de Motivación al Logro y el cómo éste se refleja en el resultado del tratamiento, esto es, dejar de fumar o no dejar de fumar.

En el Capítulo I se destaca una visión global sobre los antecedentes de investigación acerca de la relación existente entre la Motivación al Logro y programas de tratamiento para diferentes transtornos, específicamente, de tabaquismo.

En el segundo capítulo se habla sobre la motivación, sus definiciones y el abordaje que hacen diferentes estudiosos de la conducta a este tópico y cómo ha evolucionado históricamente. También se plantea lo que se ha investigado sobre la motivación al logro, el desarrollo de este constructo teórico y psicométrico realizado por David McClelland y sus colaboradores; la motivación de logro como equivalente a lo que muchos autores

llaman "autorrealización" o "voluntad". Asimismo, se menciona la interrelación de esta variable psicológica con otras, tales como: autoconcepto, autoestima y locus de control. También se explica en este capítulo la forma de evaluarla, sus diferentes manifestaciones en cuanto a roles sexuales y socioculturales y cómo se forman epigenéticamente.

También dentro de este segundo capítulo, se hace una revisión de los conceptos psicoanalíticos relacionados con la motivación al logro, destacando principalmente el papel del Yo en la regulación y dirección de las actividades que tienen que ver con la obtención de éxito en las tareas de vida que tiene un ser humano según su edad y en el despliegue de sus potencialidades. También se analizan los condicionantes del fracaso en el logro de dichas metas.

En el Capítulo III se expone lo qué es el tabaquismo y su concepción moderna como una farmacodependencia con determinantes psicodinámicos específicos, dando una explicación psicoanalítica de lo que es la farmacodependencia y detallando la hipótesis sobre el erotismo oral que implica esta adicción.

El marco teórico conceptual de este trabajo se fundamentó en la teoría atribucionista del comportamiento y en la teoría psicoanalítica ya que es una teoría que, por esencia, gira alrededor de la motivación y proclama que el valor de las relaciones interpersonales depende de tendencias profundas y su interacción con el medio ambiente. Así, las posibilidades de desarrollo y las motivaciones se siembran en el marco de las relaciones objetales que vivencia desde que nace un ser humano.

En el capítulo IV se reportan las diferentes modalidades terapéuticas aplicadas a combatir el tabaquismo y las conclusiones ofrecidas por varios investigadores al respecto.

Asimismo se revisan los conceptos teóricos y técnicos de la terapia de grupo, soporte central del tratamiento de esta forma de farmacodependencia y se habla sobre el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco y se reportan diversas investigaciones sobre el particular y sobre la reincidencia en el hábito tabáquico.

En los capítulos V, VI y VII se desarrollan, respectivamente, la metodología aplicada a esta investigación, los resultados de la misma y las conclusiones, los alcances y limitaciones de este estudio. Se incluyen igualmente, las referencias bibliográficas y hemerográficas que se usaron para conformar este trabajo.

## CAPITULO I. ANTECEDENTES

Existe muy poca literatura referente al estudio de las dos variables implicadas en esta investigación: un tratamiento para dejar de fumar y el grado de motivación al logro. Sin embargo, se mencionan a continuación los siguientes estudios como precursores de la relación entre ambas variables.

Tamerín, Richard y Eisenger (1972) identificaron los aspectos psicológicos del proceso de dejar de fumar en un grupo a través de observaciones directas. Encontraron tres aspectos relevantes: 1) la expectativa de fallar; 2) el temor a perder el control sobre los afectos e impulsos, y 3) el significado afectivo de la pérdida. La firme convicción de que obtendrían éxito sería necesaria para alcanzar la meta.

La expectativa de fallar fue evidente en todas las personas que trataron de dejar de fumar y fue más clara y más intensa en aquellos sujetos que reconocieron los beneficios para la salud que representaba el abandono del tabaquismo. El temor a fallar llevó a muchos sujetos a ocultar a sus familias que estaban asistiendo a un programa para dejar de fumar. Según estos investigadores, muchos percibían a sus familias, y especialmente, a sus cónyuges, como muy críticos en relación a su falta de habilidad para abstenerse de fumar y esto llevo a muchos sujetos a tener que fumar a escondidas, a manera de una regresión a conductas de adolescente en lugares tales como: el baño, la cochera o el sótano. Un sentimiento de baja autoestima fue generalmente reportado. Repetidamente este sentimiento fue expresado por los sujetos como una ausencia de cualidades que otros sí poseen y les permite el éxito.

Agregan Tamerín y col. que el temor a la pérdida de control del afecto fue particularmente intenso. Los sujetos expresaron ansiedad acerca de la posible emergencia de una agresividad incontrolable. Resultó interesante que el fumar cigarrillos fue usado como una técnica encubridora de los impulsos agresivos. Un corolario de este temor a expresar hostilidad fue la preferencia general entre los sujetos de adoptar soluciones masoquistas a su enojo hacia sus familiares.

Algunos fumadores presentían una desorganización psicológica al dejar de fumar. Tamerín, Richard y Eisenger encontraron que al abandonar el tabaco una proporción de estos temidos cambios ocurrió efectivamente. Entre otros se presentaron: fallas en la memoria, en la concentración, dificultades al conducir un vehículo y, definitivamente, un umbral alterado a los efectos del alcohol, así como episodios amnésicos posteriores a la

ingestión de dosis bajas de esta sustancia.

En cuanto al enojo muchos sujetos se encontraron a sí mismos no sólo más irritables sino que con más facilidad expresaban su enojo que cuando no fumaban. A pesar de cierta pérdida de control, en la mayoría de los casos ésta no pasó de unos cuantos días y nunca fue tan seria como esperaba el fumador.

También algunos estudios han reportado que la suspensión abrupta del cigarro, da origen a síntomas depresivos por los que el fracaso en el intento de dejar de fumar es frecuente.

Tamerín, Richard y Eisenger (1972) también hallaron que la dinámica de la pérdida parece ser central durante el período entero de suspensión del tabaquismo. Cuando finalmente los sujetos contemplaban un futuro sin cigarrillos, la intensidad de su involucramiento emocional hacia éstos se hizo evidente. La permanencia del sentido de pérdida fue particularmente difícil de soportar. Los exfumadores se hicieron crecientemente más conscientes del uso del cigarrillo en el pasado como un compañero y una defensa contra experiencias de soledad y rechazo.

Flanagan (1982) ha reportado que el origen de niveles de depresión importantes, se deben a la suspensión abrupta del tabaco. Este investigador encontró esto después de un programa de modificación conductual aplicado al tabaquismo.

Los pacientes refirieron presentar problemas para dormir, incapacidad para concentrarse y, hasta pensamientos suicidas. Estos síntomas empezaron a desaparecer cuando las personas volvieron a fumar aún cuando fuera en forma moderada en comparación a como lo hacían antes.

Berlung y Ziff (1988) citados por Aragonés (1981) reportaron que recientes estudios en muestras grandes de fumadores en tratamiento revelaron una similitud significativa en pruebas psicológicas. Estos autores concluyen que cuando se trata a sujetos que quieren dejar de fumar debe atenderse a su abrumadora expectativa de falla. Schwartz y Dubinsky (1968), (Aragonés, 1981) ya habían encontrado una estrecha correlación entre este sentimiento de fallar, una baja autoestima y la inhabilidad para dejar de fumar. En otro estudio de los mismos investigadores, se demostró que el pensamiento anticipado de fallar fue asociado con un subsecuente fracaso en el intento. Así encontraron que la meta inicial del tratamiento debería estar enfocada a ayudar a los fumadores a convencerse de que pueden tener éxito en esta empresa.

En un estudio realizado por Matarazzo y Saslow en 1975 acerca de las características psicológicas de fumadores y no fumadores, se llegó a la conclusión de que el tabaquismo es una conducta tendiente a mantener un estado estable en momentos en

los que se requiere disminuir el estrés ante el afrontamiento de una situación dada.

Aragonés (1981) reporta que la dinámica en un grupo de tratamiento para dejar de fumar es importante ya que permite al sujeto identificar en otras personas los temores antes mencionados y además darse cuenta de que tales temores no son tan consistentes como él lo creía. El grupo tiene mucho éxito al proveer al fumador de soporte, empatía, estímulo, aliento y la oportunidad de compartir el logro.

Otro estudio fue llevado a cabo por Dobbs, Strickler y Maxwell (1981) para observar los efectos del estrés y la relajación sobre la conducta de fumar, encontrando diferencias significativas en la cantidad de cigarrillos y de inhaladas por cigarro en un determinado lapso de tiempo. Las técnicas de relajación disminuyeron notablemente la conducta de fumar y la cantidad de inhaladas por cigarrillo mientras que el estrés aumenta la frecuencia de inhaladas por cigarro y la cantidad de cigarrillos al día.

Martínez Montes de Oca (1993) en 1991 realizó un estudio pretest-postest a una muestra de 32 pacientes de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad desarrollado ante el abandono del cigarro diferenciándolo del nivel de ansiedad que caracteriza al individuo de manera permanente. El programa de impartir la Clínica de Tabaquismo tiene como objetivo contener conductual y emocionalmente al paciente y apoyarlo en su difícil proceso de abandonar el tabaco y garantizar una abstinencia duradera. No obstante que un porcentaje elevado de pacientes logran su objetivo (aproximadamente un 75%), existen otros que desertan o se mantienen sólo por un corto período de tiempo sin fumar, ya que les ocasiona mucha ansiedad y tristeza permanecer sin fumar -simplemente a un número considerable de personas el hecho de pensar en dejar de fumar los angustia mucho- y no despliegan los recursos con los que cuentan de manera eficaz y la razón de esto es principalmente que no confían en sí mismos.

Martínez (1993) aplicó una batería de pruebas que incluía: 1) la entrevista psiquiátrica modificada de Campillo; 2) el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero; 3) el Test de Colores de Lüscher; 4) el test de la Figura Humana bajo la Lluvia; y 5) el cuestionario de Personalidad de Eysenck. Se encontró que no hubieron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad al inicio y al final del tratamiento en todas las pruebas.

También se encontró que los pacientes al inicio de su misión de dejar de fumar tienen necesidad de satisfacción y afecto positivo, necesidad de autoafirmarse, de tener éxito,

quieren ver resultados de su trabajo y lo demandan. Buscan liberarse de las dificultades presentes y encontrar una salida que los libere. Al finalizar el tratamiento, los pacientes siguen teniendo apremio de lograr éxito -como si no lo hubieran logrado- presentan necesidad de placer, apetencias, deseos vagos. Asimismo presentan hostilidad, falta de vitalidad, se sienten acosados por problemas que sientes irresolubles, presentan recelo de los demás, ideales desvanecidos y perciben a su ambiente como peligroso y que se les ha escapado de su control. Buscan protección.

El nivel de ansiedad desarrollado por los sujetos de la muestra, aunque moderado, no varió en el transcurso del tratamiento, de lo que podría inferirse que probablemente los mecanismos para afrontarlo y disminuirlo ante esta tarea estresante no son desplegados satisfactoriamente, el fumador no se procura recursos externos adecuados o el tratamiento no apoya lo suficiente. Ahora bien, existen limitantes como las mismas mediciones y, evidentemente, la escasa población estudiada.

Se ha observado que la capacidad de logro es un importante factor en la abstinencia sin fumar. Sperry y Nicki (1991) reportan su propio trabajo y el de otros autores encontrando que no sólo una adecuada orientación de logro influye sobre la conducta sino que también, de manera inversa, un cambio de conducta influye en la autoeficacia. Esto es, esta última puede ser manipulada por las condiciones del estudio. (Borkovec, 1978, Eysenck, 1978, Goldfried y Robins, 1982; Messer, 1986; Robins, 1986; todos citados por Sperry y Nicki, 1991).

Numerosos teóricos de la personalidad han enfatizado sobre los estilos muy particulares de control de los afectos sobre los eventos significativos, descritos en términos de competencia, trabajo y maestría, como motivaciones de la conducta humana (DeCharms, 1968; Rotter, 1954; Seligman, 1975; White, 1959, citados en Goldfried y Robins, 1982; y Goldfried y Robins, 1982).

Por otra parte ha habido un incremento en el interés por aplicar técnicas cognoscitivo-conductuales para dejar de fumar y para evitar recaídas en el hábito tabáquico. (Baer, Holt y Lichtenstein, 1986).

La autoeficacia o "self-efficacy" en inglés, es un constructo central de la teoría cognitivo-conductual. La noción de percibirse con control o maestría en ejecuciones fue apoyada por Bandura quien la define como "la convicción de que uno puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para "producir lo deseado" (Bandura 1977 en Baer, Holt y Lichtenstein, 1986; pág. 193).

La teoría de la eficacia está basada en la razón de que los procesos psicológicos, cualesquiera que sean, sirven como maneras de creación y fortalecimiento del éxito personal. Bandura (1977) señala que esta teoría implica nociones de elección, esfuerzo individual y la capacidad de vencer obstáculos. Agrega que las expectativas de éxito se afectan por el pensamiento y los afectos.

Las expectativas (Holt y Lichtenstein) de logro llegan a generalizarse como maestría según Baer y col. (1986). Esta maestría influye en los intentos por dejar de fumar (Pechacek y Danaheer, 1979 en Baer y col. 1986) y el mantenimiento de la abstinencia sin fumar (Marlatt, 1978; en Baer y col. 1986).

En la investigación sobre técnicas para dejar de fumar, el concepto de "self-efficacy" ha resultado muy inexacto. Muchos investigadores han hablado de conceptos afines.

Sperry y Nicki en 1986 en un artículo titulado "Valoración Cognitiva, autoeficacia y tabaquismo" abordaron el éxito en un tratamiento para dejar de fumar manipulando el concepto de "self-efficacy" de Bandura. Lo que estos investigadores hicieron en la Universidad de New Brunswick (E.U.A.) fue precisamente entrenar la "self-efficacy" de los participantes del estudio. Estos, quienes eran fumadores crónicos, recibieron una explicación previa de la referencia de su éxito con el fin de motivarlos en sus expectativas. El estudio comprendió 2 grupos de tratamiento y un grupo control (sin tratamiento). Los dos grupos de tratamiento estuvieron sometidos por igual a las condiciones de uso de goma de mascar de nicotina, técnicas de autorregistro y control de estímulos. Cada grupo nombraba sus líderes y éstos se sometían, según fuesen del grupo 1 ó 2, a dos diferentes condiciones:

1) El grupo 1 fue el de autoeficacia Alta. Los líderes de este grupo procuraron incrementar su propia orientación hacia el logro y la del grupo en general con el programa-guía "Sobre la facilitación de la Autoeficiencia" de Goldfried y Robins (1982). Esta guía instó a los participantes a: 1) discriminar entre sus conductas pasadas y presentes; 2) cambiar sus puntos de vista, tanto los subjetivos como los objetivos, sobre su conducta de fumar; 3) recordar éxitos pasados en general; y 4) reconocer su estado de ánimo, vislumbrar las consecuencias de una conducta o situación dada y hacer una autovaloración.

En el grupo 2 que fue el de Autoeficacia Baja, los líderes meramente interpretaron su desempeño en el tratamiento después de una conferencia acerca de la "Teoría del Aprendizaje".



En el grupo 1 los puntajes de autoeficiencia se incrementaron significativamente a lo largo del tratamiento. Además, existió una relación sustancial entre el número de cigarrillos fumados por semana, el ingreso semanal de nicotina y la abstinencia.

El puntaje global de autoeficiencia, más alto para el grupo 1 respondió a la manipulación recibida de acuerdo a las recomendaciones de Goldfried y Robins (1982). Sin embargo, no hubieron diferencias significativas en los grupos de tratamiento con respecto al número de cigarrillos y consumo de nicotina a la semana. Lo importante fue que los puntajes de abstinencia más altos se dieron en el grupo 2. Esto podría significar que la autoeficiencia no parece mediar el cambio de conducta, sino, como se había mencionado, el cambio de conducta influye sobre la autoeficiencia.

En los grupos se realizaron seguimientos al mes y a los 6 meses después de concluido el tratamiento. Desde el primer mes se encontró, una vez más, que los puntajes de autoeficiencia del grupo 2 fungieron mayormente como predictores que los del grupo 1. Específicamente, también lo fueron para el seguimiento a 6 meses.

Sperry y Nicki (1986) concluyeron que la autoeficiencia meramente se asocia con la conducta de fumar y no sirve como predictor de la abstinencia.

Los autores anteriores indican que las recomendaciones de Goldfried y Robins (1982) y Messmer (1986) en Sperry y Nicki (1986) enfatizan que el cambio de la "self-efficacy" como meta terapéutica debe mediar el cambio conductual vía la manipulación de la autovaloración cognoscitiva que debe ser tratada cuidadosamente.

Asimismo se ha estudiado la motivación al logro en pacientes neuróticos y psicósomáticos. Dos autores soviéticos, Koresteleva y Posokhov en 1991 compararon las características de logro y el modo de respuesta a la frustración en 16 pacientes neuróticos, 18 con úlcera y 18 de un grupo control. Su edad fluctuaba entre los 18 y los 33 años. Usaron 3 métodos de evaluación: 1) la evaluación del desorden neurótico, el nivel de conciencia de enfermedad y la actitud del paciente hacia el tratamiento, examinando a la vez el conflicto interno y las relaciones con el medio; 2) El test de Apercepción Temática de Murray (TAT) y, 3) El test de frustración de Rosenzweig. Los resultados mostraron que el estado de buscar actividad autorrealizadora y no poderla desarrollar, juega un papel importante en ambas formas de patología. Enfatizan los investigadores en buscar alternativas como realizar una actividad placentera y relajante para lograr una mejoría.

Otro estudio es el que evalúa el nivel de Motivación al Logro en un tratamiento para el miedo al fracaso en mujeres (Sherman, 1987). Se discute en este artículo el miedo al fracaso y el miedo al éxito sugiriéndose que el manejo terapéutico del miedo al fracaso depende de la capacidad individual de logro. Asimismo, se argumenta que aunque el miedo al fracaso existe como un constructo en la mente de el psicólogo, en el individuo no es fácil separar la falta de confianza, la baja autoestima y la poca disponibilidad para tomar riesgos. El terapeuta -aconseja Sherman- debe valorar los sentimientos, el rol sexual y el estilo de vida del paciente. El miedo al éxito y el fenómeno del boicot emergen cuando desde el principio la persona no cree en sí misma para realizar algo.

También se ha evaluado en tratamientos la motivación al logro en jugadores patológicos y en delincuentes. Taber, Russo, Adkins y McCormick en 1986 en Reno, E.U.A., investigaron los niveles de fortaleza yoica y la motivación al logro en 57 hombres jugadores compulsivos cuyas edades fluctuaban entre los 25 a los 68 años y a los que se les aplicó una batería de pruebas psicológicas. Estos están significativamente deficientes en cuanto a sus funciones yoicas y la motivación al logro también es baja ya que son muy conformistas. Esto sugiere que las características narcisistas son el mayor problema en un tratamiento e investigación futura debe atender haciendo estudios detallados sobre la estructura del yo además de redefinir los objetivos de un tratamiento.

En Nueva Delhi, India, un investigador llamado Thilagaraj en 1984 evaluó la Motivación al Logro en delincuentes y no delincuentes en el Instituto Nacional de Defensa Social del Ministerio de Seguridad Social. Se evaluó la hipótesis de que la Motivación al Logro de los delincuentes es más débil que la de los no delincuentes. El Test de Motivación al Logro Rao diseñado por Gopal Rao en 1974 fue administrado a 110 jóvenes delincuentes y 110 jóvenes no delincuentes (con un rango de edad entre los 13 y los 17 años) de la India. Los resultados mostraron una débil motivación de logro entre los chicos delincuentes la cual fue relacionada con su actitud hacia su autoimagen muy devaluada. De ésto se concluye que la institucionalización penitenciaria es dañina para el desarrollo de la personalidad y el tratamiento debe abocarse a un fortalecimiento de la sensación de logro y de autoestima.

## CAPITULO II. LA MOTIVACION AL LOGRO

### 1) La motivación, Generalidades y desarrollo histórico del concepto.

A lo largo de la historia, una y otra vez ha cambiado el concepto de lo qué es el hombre, de lo que debe ser, de las metas hacia las que tiende. Estos cambios han sido el resultado de fuerzas socioculturales y del mejor conocimiento de la conducta humana.

La filosofía nació en Grecia en el siglo VI a.C. A finales del siglo XIX, la psicología reconocida como ciencia y separada de la filosofía de la cual formaba parte, toma sobre sí la misión social de informar al hombre acerca de su naturaleza, de sus fines y de sus motivos. En la antigua Grecia predominaban dos actitudes sociales con respecto a la motivación humana: una vivencial, la hedonista, la que consideraba que el hombre realiza su naturaleza a través del logro de un equilibrio entre la búsqueda del placer y la huida del dolor. Epicuro siglo III a. de J.C., uno de sus mayores exponentes, afirmaba que el "principio y la raíz de todo bien es el placer del estómago...del amor, de la vista y del oído...aún la sabiduría y la cultura deben referirse a él". (en Russell, 1967, pág. 252). Sigue diciendo: "La virtud es la prudencia en la búsqueda del placer. Se debe de lograr un estado de equilibrio en esta búsqueda, en consecuencia es necesario evitar los placeres violentos. Esto en la práctica lleva a considerar que la meta del hombre sabio, es más bien la ausencia de dolor que la presencia del placer. La ausencia de dolor es en sí un placer, en realidad, en un análisis último, es el placer más verdadero" (Russell, 1967, pág. 253).

Están por otra parte, la influencia cultural y epistemológica de los grandes filósofos como Platón (420 a 347 A.C. y Aristóteles (384 a 322 A.C.) quienes consideraban al hombre como una "dualidad" en continua lucha.

De acuerdo con Russell (1967, en Vidrio, 1991) las ideas de Platón sobre la naturaleza humana tienen una marcada influencia religiosa de tipo Orfico. Estas creencias derivadas del culto a Dionisio substituyen la intoxicación física por la mental, sostienen el castigo o el premio después de la muerte, afirman que el hombre es parte cielo y parte tierra, y que una vida pura aumenta la parte celestial.

La fábula del "auriga" ilumina su concepto. Dice que el hombre es como una auriga que atraviesa el cielo en un carro tirado por un caballo blanco que va hacia el sol y un caballo negro que jala en dirección opuesta.

También afirma que antes de nacer, el ser humano estuvo en contacto con el verdadero mundo de las ideas y que durante su vida terrenal no conoce sino que reconoce y recuerda en forma oscura aquello que aprendió con anterioridad. Es decir, que es movido por una tendencia a realizar ideas de bondad o belleza que "recuerda vagamente" y que trata de aclarar por medio del intelecto, si es filósofo, hasta alcanzar el supremo bien que es el conocimiento de la realidad a través del ejercicio de la inteligencia pura, sin el uso de los datos de los sentidos ya que éstos son engañosos y sólo captan apariencias, además de hacer un esclavo del hombre, encadenándolo a los placeres que le facilitan.

Aristóteles considera que el alma del hombre tiene una parte racional y otra irracional; la irracional la divide en vegetativa (que se da aún en las plantas) y apetitiva (la de los animales). La apetitiva puede ser racional hasta cierto grado, cuando el objeto que busca es aprobado por la razón. Esto es esencial para explicar la virtud, porque la razón sola es puramente contemplativa y sin la ayuda del apetito no conduce a ninguna acción práctica.

El bien supremo es la felicidad, que es una actividad del alma. Las virtudes pueden ser intelectuales y morales, correspondiendo a las dos partes del alma. Las primeras se aprenden, las segundas se adquieren por hábito; el placer y la felicidad se derivan de su práctica. Toda virtud es un medio entre dos extremos cada uno de los cuales es un vicio.

Estas posturas filosóficas presentan dos aspectos de la naturaleza humana que han dominado, una u otra, el pensamiento del hombre a través de la historia. De un lado, el hombre movido por una búsqueda de equilibrio entre el placer y el dolor, entre la acumulación de tensión y su descarga, entre la satisfacción de necesidades y la carencia de tal satisfacción.

Del otro, la imagen de un ser humano dual, que por una parte busca el placer de los sentidos, sin freno alguno, y por la otra, el ejercicio del intelecto en su mayor grado, el cual se logra por el control del primer aspecto.

a) El Hedonismo.

Como dicen Cofer y Appley (1971), la experiencia común sugiere que el placer y el dolor son potentes determinantes de la conducta y, esta concepción, generalmente conocida como hedonismo, como se vió anteriormente, goza, bajo varias formas, de una larga historia.

Aristipo de Cirene (s. IV a.C.) dice Cofer (1971), en parte contemporáneo de Sócrates, es considerado como el originador del hedonismo en la filosofía. Creía que el placer era la única cosa digna de esfuerzo y que constituía la felicidad completa. Para Aristipo y su grupo, el placer era el del momento y la virtud era "igual a la capacidad de gozar" (Cofer y Appley, 1971, pág. 39). Sin embargo, abogaba por el autocontrol, y la concepción cirenaica de un sabio era "la del hombre del mundo perfeccionado, que es susceptible al goce de la vida, que conoce lo que significan las satisfacciones animales y sabe estimar el goce espiritual, la riqueza y el honor" (en Windelband, 1956 citado por Cofer, pág. 39).

Troland (1928 en Cofer y Appley, 1971) afirmó que existen, en realidad, tres hedonismos: uno, que hace hincapié en el presente, como el enfoque de Aristipo; otro, que acentúa el futuro, aplicado a los utilitaristas y a la promesa de la felicidad en otra vida, y un hedonismo pasado. Boring (1950 en Cofer, 1971) asegura que Freud (1856-1939) aboga por un hedonismo del futuro, mientras que la teoría del aprendizaje utiliza el del pasado. Así, puede verse que el hedonismo figura ampliamente en la teoría de la motivación contemporánea, estando adoptado expresamente en los puntos de vista de McClelland y Young.

b) Naturaleza y motivos de los hombres.

En el pasado, los teóricos, a menudo basaron sus concepciones acerca de la naturaleza humana en unos cuantos motivos dominantes. Maquiavelo (1469-1527) describió lo que había observado durante sus muchos años en el gobierno de Florencia. Percibía que la política florentina era muy inferior a la de los tiempos pasados, y atribuye estos defectos políticos a la mala educación y a la religión. Aparentemente, los caudillos (o príncipes) estaban motivados para llegar al poder por el egoísmo y los principales motivos que podían manejar para tratar con el pueblo y dominarlo eran el miedo y el amor, siendo el miedo más fuerte y más confiable que el amor.

El filósofo inglés Hobbes (1588-1679) creía que la gente era igual, pero que sus deseos (como el hambre, la sed, el sexo, el miedo o sus deseos de placer, de evitar el dolor y el honor) provocaban conflictos entre ellos. Puesto que consideraba al hombre como un competidor innato, Hobbes pensaba que el hombre, en un estado natural, estaría en guerra constante con sus compañeros en interés de sus deseos. Hobbes concibió que los hombres, al darse cuenta de sus conflictos, harían un contrato para dar dominio a un soberano. En otras palabras, el Estado se crea para proteger al individuo de cualquier ataque y para permitirle que pueda gratificar en cierto grado sus deseos. El miedo era, para Hobbes, el motivo más fuerte.

Shaftesbury (1671-1713) era nieto del protector de Locke, y creía en la existencia de un instinto que unía al individuo con su raza, de modo que para el hombre era natural existir en sociedad y, por tanto, las sociedades no se formaban por contrato, como creían Hobbes y Rousseau. También postulaba un sentido moral, innato porque surge de los instintos cuando se reflejan los impulsos internos que posee el hombre. Este sentido moral consiste en un sentido de orden y armonía entre estos impulsos internos, estado aparentemente alcanzado por medio del pensamiento y la introspección. Agrega este escritor que Dios es el ejemplo ideal de la armonía que debería reinar entre las personas.

Para Rousseau (1712-1778) los sentimientos eran el aspecto de la experiencia que tenía el mayor valor, y pensaba que en un estado natural había las mayores probabilidades de realizar este aspecto de la experiencia (es decir, entre salvajes nobles). Rousseau condenaba la sociedad y sus influencias sobre el niño. Decía que la sociedad genera egoísmo, y entonces las necesidades y capacidades propias no corresponden entre sí, con lo que aparecen la frustración, la duda, el suicidio y cosas similares. Rousseau abogaba por la aplicación de correctivos bajo un nuevo sistema de educación, una nueva actitud hacia la religión y un pleno reconocimiento de los derechos humanos por el Estado.

Así, Rousseau concluye que el hombre es bueno pero lo echa a perder una mala sociedad.

La motivación no es directamente observable. Es una construcción hipotética postulada por los estudiosos del hombre para explicar cierta conducta. La fuerza de la motivación del individuo debe ser inferida de sus actividades, es decir de la extensión con que se esfuerza para satisfacer una pretendida privación o alcanzar una meta determinada.

A mediados del siglo XIX, cuando surge la psicología como ciencia, se iniciaron propiamente las teorías motivacionales derivadas en gran parte de la teoría de Darwin (1809-1882) sobre la evolución. La teoría freudiana tiene mucha influencia de ésta. Sin embargo, la mayoría de las nociones sobre motivación tienen ascendencia predarwiniana. Esto incluye la noción misma de evolución, así como la de instinto, hedonismo, raciocinio, irracionalidad, procesos inconscientes, fuerzas mentales, mecanismo y determinismo.

La teoría evolucionista es significativa en el estudio de la conducta, tanto por negar toda diferencia cualitativa entre el hombre y el animal, como por hacer hincapié en la utilidad de varios procesos conductuales como el instinto, la inteligencia, el aprendizaje y la motivación en la adaptación de los organismos al ambiente en interés de su sobrevivencia.

### c) Definiciones.

Todos los autores coinciden en el hecho de que la motivación es un motor que impulsa a un organismo hacia la consecución de un fin determinado.

Para Rosenzweig (1979, en Vidrio, 1991): un motivo es lo que impulsa a una persona a actuar de cierta manera, o al menos, a desarrollar una cierta propensión hacia un comportamiento específico.

Siegel (1968, en Vidrio, 1991): la motivación es un concepto fundamental del "porqué" del comportamiento. Los organismos experimentan continuamente necesidades o deseos que los impulsan a actuar.

Cofer (1979 en Vidrio, 1991): Dice este autor que la motivación es un campo de la investigación psicológica relacionado con ciertos tipos de fenómenos y eventos.

Murphy (1974, en Vidrio, 1991) considera que la motivación es el nombre general que se le da a los actos de un organismo que estén en parte determinados por su propia naturaleza o por su estructura interna.

Maier 1949, (en Gómez, 1977) empleó el término "motivación" para caracterizar el proceso que determina la expresión de la conducta e influye en su futura manifestación por medio de consecuencias ocasionadas por la propia conducta.

Hebb (1949 en Gómez, 1977), escribió que el problema principal al que se enfrenta el psicólogo cuando habla de la motivación no es el del despertar de la actividad sino darle patrón y dirigirla.

Young (1944 en Gómez, 1987) dice "la motivación es el proceso de despertar la acción, sostener la actividad en progreso y regular el patrón de actividad. La motivación humana inicia un tipo de conducta, la mantiene y la dirige hacia metas" (en Cofer y Appley, 1979; pág. 20).

Hendrick (1943, en Cuburú, 1990) menciona que los principios del placer y de realidad no son suficientes para dar cuenta de los muchos comportamientos humanos. El propone un nuevo principio al que ha denominado "principio laboral". En contraste con los comportamientos derivados del principio de realidad, basados en la energía libidinal, aquellos que dependen del principio laboral se basan en el instinto por dominar el propio ambiente. El instinto de dominio tiene un fundamento biológico, es una tendencia del hombre por controlar o cambiar alguna porción de su ambiente mediante el uso combinado de sus procesos intelectuales y neurológicos. El instinto de dominio



hace que el individuo integre su comportamiento y desarrolle habilidades para la ejecución de ciertas tareas. De esta manera, Hendrick concluye que el placer laboral representa una forma de gratificación del instinto de dominio. La satisfacción laboral es una función del Yo, ya que no constituye un placer sexual sublimado.

La motivación es un concepto fundamental explicativo relacionado con el "por qué" del comportamiento. Los organismos experimentan continuamente necesidades o deseos que les impelen a actuar. Cuando un individuo se ve impedido a alcanzar una meta o evitar alguna consecuencia indeseable tenemos evidencia de una motivación.

La motivación, entonces, es la situación que induce a los individuos a realizar una acción e implica una serie de incentivos encaminados a satisfacer sus necesidades físicas básicas, que son indispensables para el mantenimiento de la vida, así como necesidades sociales tales como la pertenencia y el amor; de modo similar las de estimación y realización de su potencial, lo cual coadyuvará a lograr eficiencia en el desarrollo de las actividades y, como consecuencia, el aumento de la productividad.

## 2) Teorías de la motivación.

### a) La Teoría de McDougall.

McDougall consideró a los instintos como irracionales, los cuales eran fuentes compulsivas del comportamiento. Definía a un instinto como "una disposición psicofísica heredada e innata, que determina a quien lo posee a percibir y a tomar atención a los objetos de una determinada clase, a experimentar una excitación emocional de una calidad particular ante la percepción de dichos sujetos y a obrar por lo que él se refiere de una manera particular o, por lo menos, a experimentar un impulso para actuar de dicha manera" (en Cofer y Appley, 1971 pág. 46):

McDougall dice que todos los procesos vitales son intencionistas pues expresan un esfuerzo fundamental por preservar la existencia del individuo y de la especie. A través del aprendizaje, varios instintos pueden centrarse en torno a un objeto en sistemas llamados sentimientos. En el hombre estos sentimientos son las más frecuentes motivaciones directas de la acción, pero los instintos innatos que forman los sentimientos constituyen el impulso o energía principales. En los individuos desarrollados, maduros varios sentimientos pueden organizarse en un sistema, más o menos, bien integrado llamado carácter.

En su Psicología Social publicada en 1908, McDougall propone una lista de instintos con sus correspondientes emociones, tales como: el instinto de huida y emoción de miedo; el de repulsa y emoción de disgusto; el de curiosidad y emoción de extrañeza; el de lucha con su correspondiente emoción de cólera, etc.

Por lo tanto, estos instintos que son, directa o indirectamente, los principales motores de todo comportamiento humano y que son innatos o heredados, son modificados por la experiencia y por el aprendizaje y pueden llegar a convertirse en sentimientos.

La importancia de este autor no lo es tanto por su teoría sino por su insistencia en los procesos motivacionales, dando lugar a diversas teorías explicativas de los mismos.

b) La teoría de Hull.

Hull (1854-1952) decía que el ser humano requiere de satisfacer sus necesidades primarias. Esto es básico, pero dada la complejidad de la sociedad moderna, esta obtención de satisfactores no es tan simple como lo fue en otros tiempos.

El hombre ya no encamina sus actividades sólo para alimentarse o cobijarse sino para muchos otros motivos "secundarios". Su preocupación inicial se centra en las necesidades del tejido del organismo, las cuales dan lugar a pulsiones como son: el hambre, la sed, el sexo y la evitación del dolor. Se supone que tales pulsiones actúan como estímulos y los reforzamientos, ya sean positivos o negativos, tienen una gran importancia en la adquisición de pulsiones secundarias.

Hull (en Nordby y Hall, 1982) también introdujo el término de "reacción potencial" que es el potencial que un organismo posee en un momento dado para dar respuestas específicas cuando se presenta un estímulo. La fuerza de este potencial determina la probabilidad de dar la respuesta. Cuando el potencial es débil, la probabilidad de respuesta es mínima, cuando el potencial es fuerte, la probabilidad de respuesta es alta.

La fuerza del potencial de reacción es producto de cuatro variables: la pulsión, la intensidad del estímulo, la motivación del incentivo y la fuerza del hábito. Del resultado de estos componentes se sustrae la cantidad de potencial inhibitorio presente en el organismo en ese momento.

La pulsión es cualquier motivo o necesidad primarios, tales como el hambre o cualquier motivación secundaria que resulta de la asociación de una pulsión primaria con un estímulo neutral. La intensidad del estímulo es la fuerza del mismo, de acuerdo a la cual un organismo responde con mayor probabilidad a un estímulo de alta intensidad que a uno de baja intensidad.

La motivación del incentivo se refiere a la cantidad de recompensa que se da al individuo, por ejemplo, la cantidad de comida proporcionada a un sujeto.

La fuerza del hábito depende del número de veces que una conexión particular estímulo-respuesta haya recibido reforzamiento ya sea primario o secundario. Hull denomina reforzamiento cualquier cosa que reduce la potencia de la pulsión. Un reforzamiento secundario es un estímulo neutral que adquiere, por asociación con un estado de reducción de una pulsión, la capacidad de servir de agente reforzante.

El potencial inhibitorio explica Hull: es cuando un individuo que responde en forma determinada, se resiste a repetir nuevamente la misma respuesta por algún tiempo. Cada vez que la repite, surge la resistencia. La cantidad de potencial inhibitorio se sustrae de la cantidad del potencial de reacción para determinar el potencial de reacción efectivo.

c) La teoría de Murray.

Murray (1938 en Nordby y Hall, 1982) postula como los factores más importantes de su teoría a la "necesidad" y a la "presión". Según el autor la necesidad es una construcción hipotética que representa a una fuerza de una región cerebral, una fuerza que organiza la percepción, la apercepción, la volición, la intelección y la acción, de modo tal que modifica en una cierta dirección una situación existente insatisfactoria. Las necesidades se suscitan por estados internos (como el hambre) o por estímulos externos.

Los conceptos motivacionales de Murray son considerados como sus contribuciones más importantes a la teoría psicológica. La teoría de este autor es reduccionista ya reduce las complejidades de la conducta en unidades estructurales identificables y manejables. A la unidad básica de una conducta le llama "procedimiento", a la sucesión de procedimientos la llama "serial", una serie planeada es un "programa serial" y un plan para satisfacer fines conflictivos es un "plan".

Un procedimiento es un patrón de conducta significativo, aunque relativamente corto, que tiene un principio y un fin reconocibles. Algunos procedimientos recurren intermitentemente en un largo período. A este conjunto de interacciones Murray denomina "serie".

Por otra parte, un programa serial es una serie planeada de procedimientos que conducen a una meta remota, a largo plazo. Cada procedimiento en la serie tiene una submeta, la cual cuando se alcanza acerca a la persona a la meta final. El plan en un conjunto de procedimientos tendiente a resolver un conflicto.

#### d) La Teoría de Lewin.

El concepto motivacional más importante de Lewin (1890-1947) es el de "necesidad". Esta es la causa de crear "sistemas de tensión" dentro de un sujeto por impartir "valencias" tanto positivas como negativas al medio ambiente psicológico y por aplicar en dicho sujeto presiones o "vectores".

Una necesidad puede surgir de una condición fisiológica o ser un deseo de algo o la intención de hacer algo. Las necesidades descargan energía, aumentan la tensión y determinan la fuerza de vectores y valencias.

Un sistema de tensión es una región dentro del individuo que se encuentra así por la existencia de una necesidad o intención. Cuanto más grande sea la tensión, mayor será la fuerza que se ejerza en el límite de la región.

Una valencia es el valor que tiene para la persona una región del medio ambiente psicológico. Las valencias pueden ser positivas o negativas. Cuando la persona piensa que la región puede aliviar la tensión, la valencia es positiva, y es negativa cuando la persona piensa que la región puede aumentar la tensión. Una región con valencia positiva induce a la persona a desplazarse en esa dirección. Una región con valencia negativa rechaza a la persona.

Un vector es una fuerza que emerge de una necesidad que actúa en un sujeto y determina la dirección de su trayectoria por el medio ambiente psicológico. Los vectores están coordinados con valencias. Para cada región dotada de una valencia positiva, hay un vector que impulsa a la persona en esa dirección. Para cada región que tiene una valencia negativa, hay un vector que aleja a la persona de ésta.

Asimismo, Lewin habla sobre el "nivel de aspiración" al que define como: "la diferencia que existe entre cómo espera o aspira una persona desempeñar cierta tarea y cómo la desempeña realmente. Típicamente, el nivel de aspiración de una persona se halla por encima de su nivel de desempeño. Si tiene éxito en satisfacer su expectación, sube el nivel de aspiración, si fracasa, el nivel de aspiración cae" (en Nordby y Hall, 1982, pág. 108).

### 3. El inconsciente y la motivación.

La perspectiva psicoanalítica elaborada por Freud es sin duda uno de los planteamientos de mayor influencia en el estudio de la motivación humana. Rapaport (1967 en González Nuñez, Romero y De Tavira, 1986) de hecho afirma que el psicoanálisis es una teoría de la motivación. La riqueza y originalidad de las ideas de Freud lo sitúan en primera línea entre los pensadores modernos, al lado de Einstein (1879-1955), Darwin (1809-1882) y Marx (1818-1883). Sus obras, escritas casi todas durante la primera mitad de este siglo, han cambiado radicalmente la forma en que el hombre occidental se ve a sí mismo.

Los objetos específicos de conocimiento del psicoanálisis son las formaciones del inconsciente y, la motivación, sería el conjunto de procesos que las rigen.

El contenido del inconsciente está formado por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectuales del individuo; contenidos organizados bajo una lógica distinta a la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organizan a través de formas primitivas de asociación. Esto es el proceso primario el cual se encuentra dominado por las emociones y se caracteriza por hacer uso de la condensación, el desplazamiento y la simbolización, lo que permite el libre paso y la descarga masiva de la energía psíquica en fantasías e imágenes totalmente libres así como la sustitución de una representación por otra.

El proceso secundario, por el contrario, es predominantemente lógico y utiliza cantidades mínimas de energía ligada, esto es, uniendo un afecto a una idea (laborando con conceptos) e introduciendo una demora considerable y una cierta evaluación de la realidad, condiciones necesarias del pensamiento lógico y adaptado al medio externo.

El concepto de instinto impulsivo es central en el problema de la motivación. Las teorías iniciales de Freud eran empiristas. No fue sino hasta 1897 cuando vislumbró por primera vez su concepto nativista del impulso instintivo y -dice Rapaport (1960)- aún en la "Interpretación de los sueños" aparecen escasas referencias a él. Las dos principales enunciaciones del concepto se encuentran en "Tres ensayos sobre una teoría sexual" de 1905 y en "Los instintos y sus destinos" de 1915. En la primera obra dice: "Por instinto (trieb) debe entenderse provisionalmente el representante psíquico de una fuente endosomática, continuamente fluyente, de estimulación, en tanto distinta de un 'estímulo', producido por excitaciones simples, procedentes del exterior. El concepto de instinto se cuenta así entre los que residen en la frontera que separa lo

mental y lo físico" (1905, pág. 144). En la segunda, Freud definió el impulso instintivo de modo similar, como "un concepto fronterizo entre lo mental y lo somático, como el representante psíquico de los estímulos originados en el interior del organismo que llegan a la mente, como una medida de la demanda de trabajo que se plantea a la mente como consecuencia de su conexión con el cuerpo" (1915, pág. 60).

González Nuñez, Romero y De Tavira (1986) comentan que la posición de Freud respecto a la motivación es dualista. Freud propone que las fuerzas instintivas existen bajo la forma de tensiones causadas por las necesidades del Ello (reservorio de las pulsiones o instintos). El instinto es un estímulo continuamente activo. Hay también un factor dinámico y económico del instinto. A la cantidad de energía reunida en este factor dinámico se le llama impulso (González Nuñez, Romero y De Tavira, 1986).

Freud describe tres características del instinto: Fuente u origen, finalidad y objeto (González Nuñez, Romero y De Tavira, 1986).

La fuente u origen es el organismo en sí mismo ya que posee un cúmulo de material instintivo y necesidades básicas que lo movilizan a satisfacerlas. También el instinto posee una fuerza para obtener su finalidad, esto es, satisfacer la necesidad. El aparato psíquico se rige por el principio del placer y displacer. Se puede decir que el incremento de la representación de una necesidad en el aparato psíquico es displacentero porque produce aumento de tensión. La tendencia natural ante esto es la descarga a través de una acción que específicamente satisfaga la necesidad.

Las acciones serán específicas o diversas, de acuerdo a la necesidad de que se trate, pero todas tienen como finalidad aliviar al aparato psíquico de la tensión desagradable creada por el cúmulo de representaciones del impulso.

La última de las características de la necesidad instintiva es el Objeto. Psicoanalíticamente, se designa como objeto de la necesidad a la persona, animal o cosa, hacia la cual se encuentra ligada dicha necesidad en su satisfacción directa e inmediata.

Los instintos son los representantes de las demandas somáticas sobre la vida mental. Son la causa de toda actividad o conducta. Existen dos instintos fundamentales: Eros (instinto de vida) y Thanatos (instinto de muerte o destructivo). Los instintos pueden cambiar su meta o reemplazarse entre sí, intercambiando la energía instintiva. Eros es el instinto vital o erótico; abarca los impulsos sexuales y los instintos de conservación. Thanatos abarca tanto el impulso destructivo como



el autodestructivo.

Brill (1946 citado por González Nuñez, Romero y De Tavira, 1986) explica que: "La función del instinto vital o Eros, consiste en producir vida, uniendo simples partículas vivas o células germinativas, mientras que la tarea de Thanatos es hacer que la materia orgánica regrese a su estado anterior inorgánico, o sea, sin vida" (pág. 108).

Freud en 1923 publica su magistral obra "El Yo y el Ello" en la cual propone una división tripartita de la mente en, como lo indica su nombre, tres instancias psíquicas: el Ello, el Yo y el Superyó.

Como se sabe, el aparato psíquico es una división hipotética de la mente en estos sistemas o instancias, constituidas, como dice Díaz Portillo (1989) por grupos de funciones que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías, etc.).

El ello es el depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones. Es totalmente inconsciente. Como se ha mencionado con anterioridad, las pulsiones son procesos dinámicos originados en el propio organismo, consistentes en un impulso (carga energética) que hace tender al sujeto hacia un fin: suprimir el estado de tensión o excitación que produce su acumulación, a través de la búsqueda de la descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad emergente. La pulsión, es entonces, un concepto ubicado en el límite de lo somático y lo psíquico y es incapaz de acceder directamente a la conciencia, encontrando su descarga a través de sus derivados o representaciones: pensamientos, deseos, fantasías, afectos, alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos.

Díaz Portillo (1989) dice que el Yo es una agencia más coherente u organizada que el ello y es la que regula o se opone a las pulsiones y media entre éstas (radicadas en el ello) y las demandas del mundo externo para lo cual debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar las necesidades y deseos, a través de modificaciones realistas de la situación externa para lo cual es necesario el despliegue óptimo de todas las funciones yóicas que más adelante se revisarán.

El superyó resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas de la infancia. El superyó abarca

las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del ello. Tiene además funciones de protección y recompensa, que se establecen en forma de ideales y valores (ideal del yo), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara, derivando de tal comparación un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la distancia existente entre el ideal y el yo real, actual. Parte del superyó es consciente y parte es inconsciente (al igual que el yo).

González Nuñez, Romero y De Tavira (1986) citan a Santiago Ramírez (1977) quien hace una síntesis de la psicología de la motivación a partir de la teoría de Freud y del punto de vista de Fairbairn, exponiendo como puntos esenciales:

- a) La existencia de necesidades básicas;
- b) El contacto entre necesidades y objetos externos;
- c) La dependencia del objeto externo;
- d) La elección de sistemas defensivos frente a la actitud del objeto externo;
- e) En la interacción de la necesidad, el objeto externo y la defensa ante éste se crean clichés, estructuras y configuraciones (gestalten);
- f) La internalización del objeto externo, de la defensa y de la gestalt;
- g) La externalización del objeto interno o elección de un ambiente conformado al objeto interno. La deformación de la realidad para confrontarla con el objeto interno y así complacer a este último; y,
- h) La dependencia del objeto interno.

La teoría psicoanalítica postula los siguientes principios: (Ramírez, 1977 en González Nuñez, Romero y De Tavira, 1986).

1. Existe un psiquismo inconsciente.
2. En el determinismo de las pautas de conducta, la vida infantil es particularmente importante.
3. Con el transcurso del tiempo, las pautas que fueron externas se internalizan, se transforman en inconscientes y siguen siendo operantes.

4. El ser humano no es una entidad independiente en el tiempo, sino anclada en el pasado y determinada por él.

5. En toda relación que un sujeto estructura, tienden a repetirse en forma compulsiva sus pautas.

6. Toda defensa, o conjunto sistematizado de defensas, es un padecimiento mediante el cual se establece una distancia que protege al sujeto y al objeto de los peligros que implica la cercanía erótica o agresiva.

Elías Ibargüengoytia (1987) menciona que la teoría psicoanalítica da suficiente cuenta de la motivación, pues ella es en sí, una teoría de la motivación y que a lo largo de los escritos freudianos se puede apreciar que están comprendidos todos los elementos de dicha teoría. Agrega más adelante: "En un modelo de funcionamiento primario, sólo es posible la descarga de los impulsos; en el funcionamiento primario, la acción, y por ende la motivación, están únicamente al servicio de la descarga. "La acción normal en todas las variedades, aún la instintual o emocional, es forjada por el Yo. Pero entre la acción y el Yo existen múltiples relaciones. En la acción se manifiesta una intención encaminada a una meta, y los fenómenos motores y de otra clase para alcanzar esta meta están controlados y organizados en conformidad con esto... Freud ha mostrado que el reemplazo parcial de la salida motriz reactiva, y de la irrupción instintiva, por la acción dirigida y organizada, es parte importante del desarrollo del yo, y un paso esencial para sustituir el principio del placer por el de la realidad". (pág. 74).

Rapaport (1961) menciona que la substitución del principio del placer por el principio de realidad permite la aparición de motivaciones derivadas: "...los impulsos que han sucumbido al proceso de represión, o ante otras operaciones defensivas, pueden o no manifestarse indirectamente como formas alteradas de motivación. Ambas clases de motivaciones -las que derivan de la represión de los impulsos y las que derivan del control de ellos- son habitualmente denominadas motivaciones derivadas (pág. 74). Menciona Elías (1987) que resulta claro, así, que la actividad defensiva del yo, se torna en una fuente de motivación de la conducta. Además de la actividad defensiva, la teoría de la motivación comprende el concepto de cambio de función de Hartmann (1936) que se refiere a la posibilidad de que la conducta, que durante un momento del desarrollo estuvo al servicio de un impulso, puede en el curso del mismo independizarse de este impulso y usarse para otros fines.

A partir de la represión de las motivaciones derivadas y de los cambios de función, se hace factible la aparición de una diversidad de motivaciones que, junto con el aprendizaje, la interacción con el medio ambiente y los intereses del yo, pueden ir adquiriendo jerarquías. Por último, Elías (1987) dice que

las motivaciones de la conducta presentan el carácter de las cualidades psíquicas conocidas y menciona: "pueden ser conscientes, preconsciouses o inconscientes, a guisa de ejemplo: las motivaciones provenientes del resultado de la represión, son, desde luego, inconscientes; las motivaciones emanadas de aspectos inconscientes del superyó, son también inconscientes, y las motivaciones que resultan del ideal del yo, son generalmente preconsciouses y, por lo menos, conscientes. Toda la gama de intereses del yo son preconsciouses". (pág. 75).

#### 4. La motivación al logro. Antecedentes y desarrollos teóricos.

La vivencia del éxito o del fracaso en la realización de una tarea, es decir, la satisfacción o la insatisfacción con el propio rendimiento, es objeto de numerosas investigaciones psicológicas. El resultado real de la tarea que se lleva a cabo está muy relacionado con la vivencia subjetiva de éxito: no sólo con la del éxito anterior, sino también con la del éxito preliminar percibido al llevar a cabo una tarea, así como también con la del éxito que se espera o desea (Nuttin, 1953 en Caruso, 1979). Se requiere una parte de la experiencia del éxito para garantizar la necesaria actitud de la óptima confianza en sí mismo para llevar a cabo una tarea. Dice Erikson (1965) "El grado de confianza en sí mismo que es propio de un individuo, en promedio, está quizá relacionado etiológicamente con la experiencia de la confianza original, producida por relaciones óptimas <exitosas> con respecto al ambiente, durante la fundamental fase oral-respiratoria de la vida" (pág. 35).

Como una importante motivación parcial para la realización de una tarea aparece la estimación por las propias posibilidades de hacerle justicia, en el sentido de poder realizarla adecuadamente (Caruso, 1979). Esta estimación se llama, de acuerdo con Lewin y su escuela "nivel de pretensión"; este término es una traducción del término inglés "level of aspiration", nivel de aspiración.

Teóricamente, el resultado de una acción no necesita tener inmediatamente una valencia psíquica. Como dice Hoppe (1930, en Caruso, 1979): "una conducta sólo se convierte en un éxito o en un fracaso cuando existe una relación con un objetivo deseado, con un ideal o con alguna otra norma, relación que, como medida momentánea para el efecto de la acción en su significación se considera como <rendimiento>...La totalidad de estas expectativas, fijación de metas o pretensiones con respecto al futuro rendimiento propio, la cuales, ya indeterminadas, ya más precisas, se modifican en cada rendimiento forman el nivel de aspiración" (págs 93 y 94).

Caruso (1979) menciona que existe una correlación positiva entre la experiencia del éxito y el nivel de aspiración superior, al igual que existe entre éste último y el éxito objetivo.

Las investigaciones de Heckhausen (1955, en Caruso, 1979) mostraron que para la formación del nivel de aspiración son necesarias motivaciones "cerca al Yo": una necesidad de rendimiento o bien de prestigio, al igual que una necesidad de evitar el fracaso. Heckhausen encontró que los sujetos que llevan a cabo una tarea propuesta, libres de conflictos y marcadamente motivados por el éxito, están en una situación

realista con respecto a las metas que se han fijado y toman en cuenta en buena medida las probabilidades de éxito, al reconocer las posibilidades de una "vía libre". Agrega: "Bajo tales condiciones de la fijación de metas, el hecho de que se logre un éxito o tenga que ser sobrellevado un fracaso, dependerá ampliamente del propio rendimiento" (pág. 94). Tales sujetos prefieren, realísticamente, fines moderadamente altos, en los cuales se equilibran las posibilidades de tener éxito y las de fracasar, su conducta depende ampliamente del empleo de las propias fuerzas y la eficiencia propia, y menos de las circunstancias externas. En cambio, los sujetos que se fijan en situaciones sociales de rendimiento extremadamente altas, intentan superar con eso un marcado conflicto fundamental, existente entre los deseos de tener éxito y el temor de fracasar. En el último caso se trata, según Heckhausen, menos de una auténtica decisión de superar la tarea, que de, más bien, el efecto de un intento de superar el conflicto, de "una disposición latente sobreviviente", que se podría caracterizar como un mecanismo de compulsión a la repetición, tal como Freud lo postuló.

Además, Heckhausen logró también bosquejar una especie de principio de la "patología" del nivel de aspiración. Se puede observar una "división" del nivel de aspiración donde la necesidad de "evitar el fracaso" es decisiva; aquí, el miedo ante la derrota es más fuerte que el deseo positivo de afirmar al Yo. En el resultado, el nivel de aspiración conocido (consciente) no se cubre con el nivel secreto (inconsciente). Además tiene lugar un encubrimiento o una racionalización donde la necesidad de evitar el fracaso es aparentemente "reducida", es decir, reprimida o aislada; los fracasos verdaderos son aquí escotomizados y el nivel de aspiración puede seguir existiendo, a pesar de las derrotas, aparentemente intacto.

Heckhausen dió, posteriormente, una fórmula, experimentalmente cuantificable, para toda la motivación al llevar a cabo una tarea ("esperanza de tener éxito más temor ante el fracaso") y para el grado de "esperanza neta" ("esperanza de tener éxito menos temor ante el fracaso") (1963 en Caruso, 1979).

El interés por investigar la motivación de logro se remonta por lo menos a inicios de este siglo (Ach, 1910, Lewin, 1926, Murray, 1938 en Gómez, 1987). Sin embargo, fue con el trabajo de McClelland, Atkinson, Clark y Lowel (1953) que se empezó a realizar investigación sistemática sobre el tema.

McClelland y col. consideran que todos los motivos son aprendidos y que toda motivación se basa en emociones. Definen el motivo "como una fuerte asociación afectiva caracterizada por

una fuerte reacción de meta anticipatoria y basada en pasadas asociaciones con ciertas señales o estímulos de placer o dolor" (1953, pág. 2).

Existen para McClelland dos tipos de motivación: el positivo o de aproximación, que es una expectativa de placer (a la que llama necesidad) y el negativo o de evitación, que es una expectativa de displacer o dolor (que él llama temor).

El motivo de logro lo definió entonces como una ejecución en términos de estándares de excelencia o un deseo anticipado de tener éxito. Asimismo, McClelland señala que el motivo de logro se desarrolla a partir de un complejo de antecedentes, tanto personales como culturales, y que la necesidad de logro es una actitud básica hacia la vida. Entre más fuerte sea el motivo del logro, mayor será la probabilidad de que el sujeto se demande más a sí mismo en su actuación. Por otra parte, una persona con necesidad alta de logro desea saber si sus esfuerzos lo están acercando o no a la meta hacia la cual trabaja intensamente.

Así, desde el año de 1947, McClelland y sus colaboradores iniciaron una serie de estudios planeados para establecer un procedimiento satisfactorio para medir el motivo humano y estudiar los correlatos del motivo en la conducta y estudiar los factores implicados en su distinto desarrollo en las personas.

Dos proposiciones fundamentales sirven de base a estos estudios. Una viene del Psicoanálisis y de la medición proyectiva en general y afirma que puede afectar la fantasía. La otra viene de experimentos con animales y dice que los motivos pueden alertarse mediante condiciones adecuadas y que es posible variar el grado de alertamiento si se cambian las condiciones del mismo (en Cofer y Appley, 1971).

De hecho, también se intentaron estudiar los efectos del alertamiento de motivo sobre la percepción y la fantasía (apercepción). Aunque se encontró que la pulsión del hambre influye en ambos tipos de conducta, los resultados de alertar la necesidad de logro fueron mejores para la fantasía que para ciertas medidas perceptuales.

Los primeros experimentos se llevaron a cabo con el motivo del hambre, motivo no aprendido. La razón fue que McClelland y sus colaboradores deseaban establecer, primero, si la fantasía reflejaría un estado -el hambre-, que todos estaban de acuerdo en llamar motivacional.

Sin embargo, a McClelland le interesaba básicamente el motivo de logro y de esta manera sus investigaciones se enfocaron al estudio del mismo en forma amplia. La teoría de este investigador está influenciada por la teoría de Murray. El

Test de Apercepción Temática (T.A.T.) concebido por H. A. Murray como test proyectivo de la personalidad, se ha utilizado para obtener información en lo relativo al "contenido ideacional" (tendencias, actitudes, sentimientos, relaciones objetales, etc.). El T.A.T. indica como se refleja la dinámica de la personalidad del sujeto en su experiencia subjetiva, es decir, sus ideas, y cuáles son los medios que le ofrecen su personalidad e inteligencia.

El T.A.T. de Murray sugirió a McClelland el buscar vestigios del motivo de hambre en las historias. Con el establecimiento de una medida independiente de motivo -la privación de comida- realizó las medidas en las historias del T.A.T. con el objeto de observar si realmente respondían a motivaciones.

Sus sujetos estudiados fueron hombres de la Base Naval Submarina en los Estados Unidos de Norteamérica en New London, Connecticut en 1953. El experimento consistió en privar a los sujetos de alimento en grupos, desde una hora hasta 16 horas. Se les pidió a dichos hombres que escribieran historias de algunas de las láminas del TAT y de otras diseñadas para tal experimento.

Las conclusiones se obtuvieron del siguiente modo: A medida que incrementaba el hambre en un intervalo de 16 horas, no hubo incremento de fantasías relacionadas con comida. La expectativa de que las fantasías aumentaran no se demostró. Bellak (1979) explica que McClelland dedujo que cuando aparecían imágenes de logro en la historia temática, el individuo está motivado para el logro y esto no es índice de fantasías de realización de deseos.

Ese mismo año, 1953, McClelland y sus colaboradores realizaron otro experimento en la Universidad de Wesleyan, Connecticut. Establecieron varias condiciones para crear diferentes grados de motivo de logro al que conceptualizaron como "nLog". Los sujetos escribieron historias sobre cuatro preguntas, en respuesta a láminas creadas relacionadas con el logro. Asimismo, desarrollaron un sistema de puntuación basado en los cambios ocurridos entre las condiciones de alertamiento para medir el grado de motivo de logro en las características de la historia. Lo esencial del diseño era crear situaciones sociales contrastantes, una de las cuales era evocadora de un alto motivo de logro, y la otra no lo era. McClelland la presentaba como extremos de un continuo representado por las condiciones de relajamiento, neutralidad y orientación al logro. Se dividieron a los sujetos en 3 grupos, cada uno correspondiente a los 3 puntos de este continuo.



En la condición de "relajamiento" un instructor les presentó unas pruebas diciéndoles que se estaba probando a éstas y no a ellos, argumentando que era nueva y que estaba en proceso de desarrollo. En el grupo neutral se les pidió que procuraran hacer la pruebas lo mejor posible. En el grupo de orientación al logro se siguió el siguiente procedimiento: se les repartió el material enfatizándoles que se tomaría el tiempo. Los sujetos obtuvieron sus propias calificaciones. Posteriormente llenaron un cuestionario en donde se preguntaba el lugar que ocupaban en la clase, en cuanto a promedio académico y lo que calculaban que tenían de coeficiente intelectual. Después se les dijo que estaban compitiendo con otros estudiantes ya que se estaba buscando en que escuela existían más estudiantes con mejores capacidades administrativas.

Se encontró que los sujetos de los grupos "relajado" y "neutral" obtuvieron las calificaciones más bajas en comparación con los del grupo de "orientación al logro".

Del mismo modo, la teoría puede explicar por qué algunas personas son más fuertemente motivadas por la expectativa de éxito o por la de fracaso. En 1949, McClelland y Lieberman (en Cofer y Appley, 1971) determinaron los umbrales de reconocimiento perceptual de sujetos cuyas puntuaciones de motivo al logro variaban. Usaron para ello diez palabras neutrales y diez palabras relacionadas con seguridad (por ejemplo, éxito o fracaso). Los sujetos cuyas puntuaciones de motivo al logro eran altas, reconocían las palabras de logro positivo con mayor rapidez que los del grupo bajo o mediocre, pero también este último, era significativamente más lento en reconocer tanto palabras de logro como de fracaso. Esto les hizo pensar que el rango de puntuación intermedia podría reflejar que el motivo de logro respondiera al miedo de fracasar más que reflejar un esfuerzo positivo de logro.

Para McClelland el grado de motivo de logro o necesidad de logro es una abreviación psicológica para denominar un estilo de vida o una actitud básica ante la vida, y no meramente una partícula psicológica elemental comparable a un átomo o a una molécula.

Para este investigador, quizá el aspecto más importante de un fuerte motivo de logro es que hace a su poseedor muy susceptible a buscar algo en forma intensa. La persona motivada hacia el logro aventaja a los demás en su ahinco para mejorar su ejecución en el trabajo, si se le reta a hacerlo. Estas personas se esfuerzan más y demandan más a sí mismas. Consecuentemente realizan o producen más y mejor. Por otra parte, una persona con necesidad de logro alta desea saber si sus esfuerzos lo están acercando o no a la meta deseada.

También en 1953, McArthur (en Bellak, 1979) volvió a examinar los efectos de la necesidad de logro en el contenido de las historias del TAT y sostuvo la hipótesis de que la autoproyección explica las conclusiones de McClelland, a saber: 1) los estímulos existentes en el medio ambiente cotidiano determinan la aparición del motivo de logro en una historia, además de los procesos relativamente autónomos del pensamiento del individuo; 2) otra variable son los estímulos introducidos en el experimento, y 3) otra variable son los estímulos controlables en la lámina específica. McArthur también menciona cuatro posibilidades que pueden ser determinantes: la autoproyección, la proyección de contraste, la proyección complementaria y la proyección instrumental. Concluyó que los hallazgos de McClelland sobre fantasías de ser héroe y de destreza son válidos pero no asimismo, los de fracaso del héroe, presión hostil a la destreza y ansiedad acerca de la destreza ya que éstos sólo eran artefactos del diseño de este autor.

En 1974, Atkinson y Raynor propusieron un modelo en el cual plantean que la conducta de logro es el resultado de sumar algebraicamente la tendencia a realizar tareas encaminadas al logro y la tendencia a evitar la realización de tareas que pudieran culminar en fracaso. Ambas tendencias las definieron en función a 3 variables:

Para la primera tendencia (hacia el éxito)

- a) El motivo para lograr el éxito (concebido como una disposición relativamente estable de la personalidad).
- b) La probabilidad subjetiva (expectativa de que la realización de una tarea sea seguida de éxito).
- c) La relativa atracción por una tarea particular para tener éxito, esto es, el valor del incentivo del éxito.

Para la segunda tendencia (evitación del fracaso):

- a) El motivo para anunciar el fracaso, el cual puede concebirse como la capacidad para reaccionar con abatimiento cuando se falla.
- b) La expectativa de fracaso, la cual se define como la probabilidad subjetiva de que la realización sea seguida de fracaso.
- c) El valor del incentivo del fracaso, que en este caso de negativo.

Sin embargo, Horner (1969) considera que este modelo de motivación al logro ignora la conducta defensiva y ansiosa que se encuentra en las mujeres y que responde al miedo al rechazo social y a la pérdida de la femeneidad por su "hambre" de competencia.

Por otra parte, Raynor y Rubin (1971) proponen contemplar en el modelo de Atkinson y Raynor (1965), el impacto del tiempo (metas futuras) sobre la conducta de logro y para ello, propusieron el concepto de "motivación contingente". Estos autores señalan que la motivación contingente es la que se estimula cuando el individuo siente, por un lado, que el éxito inmediato es necesario para garantizar éxitos futuros, y por el otro, que fracasos inmediatos significan fracasos futuros, garantizando con ello la pérdida de toda oportunidad de recobrar el camino del éxito. La situación inversa la definen como "incontingente". Si la obtención de éxitos inmediatos no influyen en futuros fracasos se supone que las personas evalúan sus situaciones de logro en términos de ambas posibilidades.

Posteriormente, Atkinson y Raynor en 1974, en Spence y Helmreich, 1978) integraron a su modelo el concepto de "motivación extrínseca" el cual se asemeja a la búsqueda de aprobación u obediencia ante la autoridad o el valor e interés intrínseco de una tarea. Su importancia radica en que la fuerza de esta motivación puede vencer una tendencia inhibitoria que se manifiesta en la realización de una tarea. La motivación de logro, por tanto, la definen como "la suma algebraica de la tendencia a lograr el éxito más la tendencia para evitar el fracaso más la motivación extrínseca".

5) La motivación al logro como equivalente al concepto de autorrealización.

A la autorrealización se le han dado diferentes nombres: madurez emocional, integración de sí mismo, carácter genital, orientación productiva, funcionamiento pleno, necesidad de logro y agrega Cofer (1971) que cualquiera que sea el nombre con el que se le designe, el concepto se refiere a "la meta más alta del desarrollo humano, a la cumbre a la que aspira llegar toda persona en su evolución como tal" (pág. 655).

Maslow (1975) define la autorrealización como el deseo de llegar a ser más y más lo que uno es, llegar a ser todo lo que uno es capaz de llegar a ser. Un elemento común que subyace en muchas de las manifestaciones del individuo autorrealizado es la "experiencia cumbre". Este concepto de Maslow se refiere a los momentos en que el ser humano experimenta o siente su autorrealización de manera especial, sus mejores momentos, momentos de éxtasis y de máxima felicidad.

McClelland se refirió al concepto de autorrealización llamándole Motivación de Logro. Erich Fromm (1955) en su teoría le llama "Orientación Productiva" en la que el individuo crea antes de destruir y se realiza y acepta como un individuo antes que conformarse y perderse en la masa. Está consciente de sí mismo y piensa, actúa y siente en referencia a sus propias necesidades, así como en referencia a los demás. Fromm piensa que al tipo de sociedad a la que se adaptaría mejor esta orientación productiva es la que él denomina "Socialismo comunitario y humanista" y la describe así: "Una sociedad en la que el hombre se relacione con el hombre amorosamente, en que sus raíces sean nexos de hermandad y solidaridad y no las ataduras de la sangre y la tierra; una sociedad que le dé la posibilidad de trascender la naturaleza mediante la creación y no la destrucción, en que cada uno gane el sentido del yo, experimentando en sí como el sujeto de sus poderes y no la conformidad que un sistema de orientación y devoción exista sin que el hombre necesite distorsionar la realidad y adorar ídolos" (1981, pág. 175).

Para Miner (1975 en Cafer y Appley, 1971) la autorrealización comprende: crecimiento, desarrollo, realización de todo el potencial, creatividad y plenitud del yo. Scanlan (1976) menciona: "El paso final en la jerarquía de las necesidades es el sentirse realizado. Si un hombre tiene capacidad para llegar a ser alguien, su obligación es lograrlo. Para él es vital sentir que está avanzando hacia el logro de lo que representa su máximo potencial, que está poniendo todo de su parte en lo que respecta a su talento y habilidad de acuerdo con el tipo de trabajo que realiza. Aquí intervienen factores tales como el sentir que su trabajo es importante, el cumplimiento, la

importancia y realización individual, el sentido de responsabilidad, la superación, las nuevas experiencias, el desafío en el trabajo y la oportunidad de desarrollarse a sí mismo". (pág. 409).

Para Rogers (1976) la responsabilidad más importante que tiene el ser humano es para consigo mismo y comenta al respecto: "Esta responsabilidad significa, oír a nuestra conciencia, a nuestras voces interiores que nos guían para vivir productivamente, para evolucionar con plenitud y armonía, es decir, para que lleguemos a ser lo que somos potencialmente" (pág. 112). Fromm menciona sobre esto: "Esta actitud de responsabilidad lleva al hombre a encontrar su individualidad" (1981; pág. 175).

"La responsabilidad para con nosotros mismos, agrega Fromm, es el amoroso cuidado para nosotros mismos (1981; pág. 178). Esta responsabilidad se aprende en las relaciones más tempranas si se dan en un clima de respeto y libertad psicológica, de modo que el autor afirma que de padres responsables salen hijos responsables.

## 6. La voluntad.

Dicen Cofer y Appley (1971) que existen varias palabras pertinentes con el área que abarca el problema de la voluntad, pero que los términos de elección y esfuerzo parecen describir mejor los fenómenos que designan la palabra.

En la ética aristotélica, como en la ética en general, el interés radica en la adecuada dirección que se da al deseo y a la acción. Aristóteles no creía que la razón bastara para una acción justa, aunque sí era importante. Se necesitaba, además, fuerza de voluntad, desarrollada por medio de la práctica. Creía que la voluntad elegía libremente aquello que el conocimiento calificaba de bueno, es decir, el punto medio entre los extremos que alcanzarían los deseos si se les dejara sin control.

Para San Agustín (354 a 430 d.C.), la voluntad era el aspecto más importante de la vida, y la separó del conocimiento. La voluntad gobernaba al cuerpo, y San Agustín estaba especialmente interesado en las actividades corporales, como el acto sexual, que parecía derribar la monarquía de la voluntad. La voluntad tenía libertad de escoger el camino de la virtud cristiana, cuyo conocimiento, probablemente, se adquiriría de inmediato por medio de la autoridad a quien había sido revelada. La creencia lleva al entendimiento.

En los siglos siguientes, la voluntad parece ser una especie de facultad, cuya tendencia, cuando es efectiva, es dominar la parte apasionada o animal del hombre en interés de la virtud justa y de la salvación. Aunque a menudo muy unida al conocimiento y al sentimiento, está separada de ambos, no obstante que su naturaleza y sus leyes permanecen, en su mayor parte, no especificadas. Esto es bien expresado por Kant (1724-1804), quien sugiere que la "realidad moral y religiosa esencial no se encuentra en el campo del conocimiento, sino en el proceso de la voluntad. Su adopción de una <psicología de las facultades> hizo que el sentimiento y la voluntad se separaran por completo del conocimiento" (Murphy, 1950 en Cofer y Appley, 1971; pág. 36).

Kant consideraba que las buenas acciones surgían del deber o de respetar la ley moral. La voluntad está compelida a escoger tales líneas de acción porque "el pensamiento de una ley universal excita en nosotros un sentimiento de envidia y de veneración" (Höffding, 1955 en Cofer y Appley, 1971; pág. 37).

La voluntad como fuerza fundamental o esfuerzo fue característica del pensamiento de Schopenhauer (1788-1860), quien parece haber considerado que el intelecto, la conciencia y el conocimiento se desarrollan como sirvientes de la voluntad. Cofer y Appley (1971) mencionan que se encuentra por completo desarrollada esta teoría en la teoría evolucionista, en el funcionalismo y en el psicoanálisis. "La filosofía de Schopenhauer es, en gran parte pesimista" dicen Cofer y Appley (pág. 37) ya que éste afirma que la voluntad -materia prima del mundo y del individuo- es perversa y maléfica, y sus impulsos nunca traen placer, sino dolor; gratificarla sólo ocasiona saciedad, no felicidad. Shopenhauer afirmó la supremacía de los factores no intelectuales, oponiéndose así a una interpretación puramente racionalista de dicha conducta, como lo que planteaba Kant.

Para Caudillo (1992) la ética tiene en cuenta un elemento que es fundamental en la acción y éste es la voluntad. Menciona a Müller y Halder (1976) que dicen "la voluntad es fijarse un fin y mantenerlo con decisión. Se considera como algo valioso y se pretende llegar a ello como una forma de autorrealización, se le ve como una finalidad en sí misma y en un conjunto a todo este hecho, como la capacidad de opción que tiene el ser humano. O sea, que el ser humano puede elegir tanto el bien como el mal. El hombre es libre de elegir entre infinitud de bienes o de lo que perciba como bien, ya que dicho bien o bienes son lo mejor para el individuo y son lo que el individuo considera que lo llevarán a la autorrealización" (pág. 46).

Asimismo, refiere Caudillo (1992) que la voluntad tiene una característica que la lleva a estar por encima de otras facultades del ser humano, así como de sus potencialidades y es que domina el aparato psíquico, porque por un lado se puede encontrar la realidad y, por el otro, el mundo interno del individuo; "la voluntad entonces actúa como el enlace entre ambas realidades al controlar la producción de la conducta" (pág. 46). Agrega que como fundamento del conocimiento intelectual, la voluntad hace del intelecto su verdad, sea real o no y ésta es capaz de someter al pensamiento o al intelecto a sus designios.

## 7. La motivación al logro y la cultura.

Se ha realizado mucha investigación transcultural alrededor de la motivación hacia el logro. En cuanto a los factores culturales, McClelland (1961) en Betancourt (1982) dió especial importancia a la influencia de la cultura y a las prácticas educacionales de los primeros años de vida. También él analizó el desarrollo económico de occidente en términos de motivación al logro, la cual midió en distintas culturas, e intentó promover el desarrollo económico en varios países. La enorme relevancia social que estos estudios dieron a la motivación al logro explica en parte la atención que ha recibido especialmente en investigación transcultural. Sin embargo, el enfoque de McClelland presenta diversas limitaciones.

Para Betancourt (1982) existen por los menos tres limitaciones en la teoría de McClelland, a saber: su énfasis en la personalidad como el principal determinante de la motivación al logro; la definición del mismo patrón de comportamiento como comportamiento de logro en distintas culturas y, el uso de una misma escala para medir motivación al logro en todas ellas. Betancourt menciona que el concepto de motivación al logro basado en la personalidad resta importancia a los factores cognoscitivos y situacionales, lo cual puede llevar a "culpar al individuo" y a ignorar la necesidad o posibilidad de intervención psicológica y cambio social. El definir el mismo patrón comportamental como comportamiento de logro en distintas culturas y el uso de la misma escala para medir esta variable en todas ellas ignora el hecho de que en distintas culturas puedan darse diferentes tipos de comportamientos de logro, lo cual, también puede ocurrir en distintos subgrupos dentro de una misma sociedad.

Betancourt plantea que de manera distinta a la mayoría de los enfoques tradicionales en motivación, el modelo atribucionista enfatiza el rol de la cognición como determinante en situaciones de logro. Esto unido a la influencia que la información tiene en los procesos cognoscitivos, hace factible la intervención educacional y el cambio. La segunda ventaja que plantea Betancourt, es que en este modelo atribucionista no necesariamente existe un comportamiento específico que sea definido como de logro. Distintos tipos de comportamientos relacionados con logro pueden ser estudiados en distintas culturas. Por otro lado, el énfasis en los procesos de atribución y el interés en la fenomenología de la persona permite la consideración de influencias culturales, así como también de valores personales y creencias acerca de los antecedentes y consecuencias del comportamiento. Las atribuciones de causalidad pueden ser diferentes de cultura a cultura o de un individuo a otro y, dado su efecto o



consecuencias psicológicas, tales diferencias no debieran ser ignoradas.

Uno de los planteamientos básicos de la teoría de la atribución es que la tendencia a buscar información y comprensión explica una parte considerable del comportamiento humano, especialmente en situaciones sociales. Frente a un fracaso, por ejemplo, la persona tiende a buscar una explicación. La causa a la cual esta persona atribuye tal fracaso influye de manera importante en sus afectos y en la expectativa de lo que ocurrirá en el futuro, lo cual a su vez afectará su acción.

El estudio sistemático de los factores relacionados con el proceso por el cual un individuo llega a una atribución dada ha constituido un área importante de investigación en psicología social durante las dos últimas décadas (Kelly y Michella, 1980). Por otro lado, el análisis experimental de los procesos de atribución ha tenido un significativo impacto en el estudio de la motivación humana (Weiner, 1980). En este caso se trata fundamentalmente de las propiedades de las atribuciones de causalidad y los efectos motivacionales, afectivos y de comportamiento que resultan como consecuencia de tales atribuciones. La aplicación de este enfoque de motivación de logro ha contribuido a la comprensión de aspectos fundamentales del comportamiento humano en una variedad de situaciones clínicas, educacionales y sociales (Weiner, 1980).

La percepción que el individuo tenga de su situación y las causas de su fracaso en lograr mejores condiciones materiales y sociales de vida, tendrá efectos importantes en su comportamiento económico y social. Una larga historia de frustraciones y fracasos en relación a los hechos que afectan las condiciones de vida de los individuos pueden llevar a atribuciones de causas estables e incontrolables. En tal caso esta percepción minimiza la expectativa de éxito futuro e inhibe ciertas acciones que podrían llevar al éxito. En ciertas condiciones esta situación puede conducir al fenómeno psicológico al que Seligman (1975) denominó "desesperanza aprendida". Esto implica, por parte de los individuos, un déficit cognoscitivo, afectivo y motivacional que se caracteriza entre otras cosas por la ausencia de iniciativa y comportamiento de logro en general. Es decir, el individuo no se compromete, y mucho menos persiste, en acciones de logro que lo podrían llevar a mejorar su situación.

La "desesperanza aprendida" es justamente uno de los ejemplos de problemas de comportamiento que después de años de investigación, sólo han podido ser explicados al considerar los procesos de atribución (Abramson, Seligman y Tesdale, 1978 en Betancourt, 1982). La teoría de la atribución tiene un concepto central denominado "locus de control".

El "locus de control" es la creencia que una persona tiene respecto a quién/quiénes o qué factores controlan su vida. Este concepto proviene de la teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966 en Rodríguez Cortés, 1994) en la que se analizan los efectos del reforzamiento, y se considera que éste actúa para fortalecer la creencia de que una conducta o evento particular será seguido por ese reforzamiento en lo futuro. Existen dos tipos de locus de control: el interno y el externo.

Las personas con un locus de control interno perciben los resultados de su conducta como consecuencia de sus propias acciones, habilidades y actitudes. Las personas con control externo consideran que los resultados son independientes de su conducta y que son debidos a su buena suerte o al poder de otros y, por lo tanto están más allá de su control personal.

### 8. Orígenes Psicosociales de la motivación al logro.

La adquisición y modificación de la personalidad y la conducta social de las personas, están reguladas por muchos factores entre los que figuran: el temperamento, la formación del carácter, las identificaciones, las experiencias de vida, los valores socio-culturales y del grupo étnico al que pertenecen, la recompensa y el castigo en el hogar, la interacción con sus coetáneos y el contacto con otras conductas y normas a través de los medios de comunicación.

Los niños desarrollan un cohesivo y positivo sentido del self cuando empatizan consistentemente sus padres con ellos. Kohut describe como se desarrolla un apropiado "self grandioso" en los dos primeros años de vida en niños a los que sus padres ayudan a madurar su autoestima, lo que posteriormente se transforma en mayor capacidad para el logro de ambiciones, metas y una regulación interna de la autoestima.

La escolarización plantea para el niño el entrar en un mundo nuevo y desconocido en el que deberá adquirir paulatinamente una serie de hábitos, conocimientos y habilidades cada vez más complejos, que le serán necesarios para desenvolverse en la sociedad en la que le tocó vivir y que serán indispensables para su futura formación tanto personal como profesional. Implica una separación necesaria del grupo familiar y un aprendizaje de nuevas formas de adaptación social en vías a la integración en un nuevo grupo, en el que pasará a ser sujeto de su ahora nueva historia.

Ajuriaguerra (1973) dice que la misión de la escuela consiste en enseñar y la del escolar en aprender; y la relación entre ambos en términos de una comunicación a partir del deseo de saber del uno y la necesidad de enseñar del otro, aunque existe hasta cierto punto una oposición entre la aptencia del niño y ciertos fines y métodos de rigor en la enseñanza. En efecto, el niño tiene necesidades y motivaciones propias, pero la sociedad, a través de la escuela, trata de inculcarle un cúmulo de ideas y conocimientos así como un modo específico de pensar conforme a su propia estructura, estructura heredada de generación en generación y adaptada a pautas sociales y políticas con las que el niño no tiene nada que ver.

Pero, ¿Cuáles serían las motivaciones que sustentan el aprendizaje en el niño?. Como demuestran Andrey y Lemen (en Ajuriaguerra, 1973), estas motivaciones son de dos tipos:

- Motivaciones de tipo social: frente a la familia el modelo a seguir por el niño es tener un año de adelanto,

calificarse entre los cinco primeros, llevar a cabo estudios sin incidentes y llegar a ser universitario a los 18 años.

- Motivaciones individuales: el éxito escolar se valora en función de otros alumnos del mismo grupo y desencadena reacciones de amor propio y prestancia; pero se suele olvidar que también existe en el niño un deseo de saber y un gozo de aprender, sobre todo si se le presentan las cosas adecuadamente... "Las etapas por las que el niño debe pasar van del juego al trabajo" (Ajuriaguerra, 1973, pp. 817-818).

Hasta los siete años, la escuela resulta para los niños un juego serio en el que imitan el trabajo de los adultos. A partir de la identificación con los mayores, padres y maestros fundamentalmente, entre los siete y los diez años el niño encuentra motivaciones que puede reconocer como propias: satisfacción del amor propio, deseo de complacer y curiosidad, entre otras. Todo esto vinculado ahora al grupo más que a la escuela. A partir de los once años, el preadolescente empieza a considerar la escuela como una preparación directa para una futura profesión y el consiguiente acceso al mundo adulto.

Finalmente, el elemento unificador fundamental en el grupo es el maestro: el adulto en el seno de esta nueva sociedad que representa al conocimiento y la autoridad. Todo alumno llega al salón de clases con sus deseos propios, historia e insatisfacciones en las que el maestro va a ocupar un lugar específico y diferente en cada alumno; y en el que debe actuar no solamente como transmisor de conocimientos, sino como sujeto deseante que responde a la transferencia grupal y de cada uno de sus miembros a partir del lugar que él mismo ha asumido en su propia historia libidinal.

### 9) Desarrollo Epigenético de la motivación al logro.

"La identidad naciente establece un puente entre las etapas de la infancia en que el sí mismo corporal y las imágenes de los padres adquieren sus connotaciones culturales, y hace lo mismo con la etapa de la temprana juventud en que una variedad de roles sociales se vuelve accesible y, de hecho, cada vez más imperativa". (Erikson, 1987, pág. 211).

La epigénesis, esto es, el origen y la evolución de la orientación hacia el logro en un individuo puede explicarse a partir de cualquiera de las teorías psicológicas y sociales que se conocen pero la que mejor se adapta lo que este constructo se refiere es la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson.

La originalidad de este autor está precisamente en su intento de retomar la cronología freudiana del desarrollo de la libido, para ponerla en relación con los nuevos conocimientos acerca del yo y de las relaciones interpersonales.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson descansa sobre el conocimiento de la epigénesis, fenómeno descrito por los biólogos en relación con la evolución embrionaria. Esquemáticamente este concepto postula un desarrollo secuencial de los órganos y sistemas fetales, de tal modo que durante un cierto momento, siempre el mismo para la especie, un órgano domina la fase ocupando una posición sobresaliente. Los estados deben presentarse en una secuencia ordenada y con un ritmo definido, capacitando al feto para afrontar la vida extrauterina al llegar el momento de abandonar el seno materno. Del mismo modo, dice Erikson, en cada estadio del desarrollo del yo, existe un problema que debe ser resuelto temporalmente al menos, si es que se ha de continuar con saludable vigor y confianza a las siguientes etapas. En otras palabras, cada etapa del desarrollo psicosocial está dominada por un problema central, a saber, el que significa la formación de un "sentimiento" o "sentido" que finalmente contribuye a la estructura total de la personalidad.

Erikson (1990) planteó que el desarrollo psicosocial se constituye de ocho etapas:

1) El sentimiento de confianza versus el sentimiento de desconfianza. El concepto de confianza posee tres aspectos clave según se desprende de la descripción del autor: a) implica que el individuo que lo ha conformado sanamente ha aprendido a apoyarse en la igualdad y continuidad de los proveedores externos; b) su presencia como integrante de la personalidad hace que uno confíe en sí mismo y en la capacidad de los propios órganos para superar las urgencias. c) quien posee este sentimiento, se siente a su vez merecedor de confianza. Así, el

sentimiento de confianza permite experimentar al mundo como un lugar habitable y gratificante, capaz de proporcionar confort y felicidad al mismo tiempo que hace que el individuo se sienta preparado para alcanzar todo lo que su habitat le ofrece.

Durante el primer año de vida es cuando se forma el sentimiento de confianza. La primera demostración la da el recién nacido al alimentarse fácilmente, dormir profundamente y relajar sus intestinos sin dificultad. La confianza se forja en la adecuada respuesta de la madre hacia su hijo al procurarle la satisfacción de sus necesidades.

2) El sentimiento de autonomía versus el sentimiento de duda. Para que el niño pueda lanzarse a una afirmación de sí mismo como ser humano con una mente y una voluntad propias, se necesita que el sentimiento de confianza sea fuerte. Los siguientes dos años de vida significan un enorme gasto de energía para conseguir un cierto grado de autonomía, concebida como la capacidad para la libre elección. La maduración anal-muscular proporciona el marco fisiológico para este nuevo avance, puesto que se relaciona con las actitudes sociales de retener y soltar. Retener, puede llegar a ser un acto destructivo y cruel, o bien una pauta socialmente deseable; soltar, puede convertirse en un acto que libera fuerzas destructivas, o bien en una actitud de relajación que permite "hacer" para otros. Desde un punto de vista cultural, esas decisiones no son ni buenas ni malas, ya que su valor dependerá de si la hostilidad se dirige contra alguien o contra sí mismo.

Fernández Velasco comenta con respecto a esta etapa: "Ahora el niño experimenta un indiscriminado deseo de hacer elecciones y si queremos que el medio externo le evite las tempranas experiencias de vergüenza y duda, deberá ejercerse un firme control que respete la fe básica en la existencia. De otro modo el niño puede volver contra sí mismo toda esa urgencia de manipular y de experimentar la libre elección, lo que desarrollará en él una conciencia paralizante" (1974, pp. 15 y 16).

La vergüenza y la duda son los sentimientos que aparecerán si el desarrollo no se produce normalmente hacia la autonomía. Erikson supone que la vergüenza, esa autoconciencia de estar expuesto ante los demás, no es más que un sentimiento de rabia vuelto contra sí mismo. El sujeto avergonzado desea hacerse invisible ya que no puede cegar a los demás.

3) El sentimiento de iniciativa versus el sentimiento de culpa. Aproximadamente de los tres a los cinco años de edad, la energía del yo se aplica a la formación del sentimiento de iniciativa, que junto con los dos anteriores constituye la base de una sana personalidad. Es el período de la empresa y la imaginación que se caracteriza por la interferencia con los

demás y porque los celos y la rivalidad llegan a un clímax, en el deseo competitivo de lograr una posición de privilegio respecto a las figuras gratificantes. El fracaso, inevitable, enfrenta al niño con situaciones no experimentadas antes con tal intensidad que son: la culpa, la resignación y la ansiedad.

De acuerdo con Erikson es el estadio correspondiente al "complejo de castración" de Freud, entendido éste como el temor a perder los genitales como un castigo por las fantasías relativas a sus excitaciones. Pero es evidente que está en juego la introyección de la figura paterna y, por ende, la estructuración del superyó, que puede tornarse cruel e intransigente. Y aquí el peligro es que se forje una personalidad sobrecargada, sobrerrestringida por la presencia de un agobiante sentimiento de culpabilidad.

También aquí existe un problema de mutua regulación, en el sentido de que el niño desarrolla gradualmente un sentido de responsabilidad tomado de las figuras paternas. Por supuesto, el conflicto respecto a la iniciativa puede expresarse patológicamente. Es muy interesante la observación que hace Erikson en cuanto a que las manifestaciones histéricas infantiles pueden ser la expresión del conflicto, lo mismo que ciertas actitudes sobrecompensatorias en las que el individuo, ansioso por esconderse, en vez de ello "saca la cabeza afuera". Si, por el contrario, los sentimientos precedentes se han formado saludablemente y los medio familiar y social son estimulantes, la iniciativa se estructurará bien y las limitaciones que el niño impondrá a su "hacer" personal, serán dictadas por la razón y la conciencia, sin que ésta se vea obstaculizada por la culpa.

4) El sentimiento de industriiosidad versus el sentimiento de inferioridad. Witmer y Kotinsky (1952 en Velasco Fernández, 1967) prefieren llamar a éste el "sentido del deber y el cumplimiento", al retomarlo de Erikson para describirlo en su obra "Personality in the making". El niño, durante el período de latencia de la teoría original freudiana, empieza a ser un trabajador y proveedor potencial, haciendo que los límites de su yo incluyan a sus herramientas y sus capacidades, experimentando el placer de la consumación del trabajo. Los caprichos y deseos irracionales de su organismo autónomo, van cediendo lugar a una situación productiva, que representa mucho más que la mera expresión de los modos de sus órganos o del placer que le produce el funcionamiento de sus extremidades.

Si por alguna razón se obstaculiza el desarrollo de este sentimiento, permitiendo que el niño pierda la fé en sus "herramientas y capacidades", se establece un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Considerándose anatómicamente inferior, el niño se cree sentenciado a la mediocridad o a la mutilación.

Como en esta etapa del desarrollo psicosocial el yo establece comparaciones con los demás individuos aún fuera del ámbito familiar, es obvio que aquí juega un papel importante la escuela, institución que no deberá fracasar en sostener y aún estimular las promesas derivadas de los estadios anteriores. Y por otra parte, el fracaso también puede presentarse si la vida familiar no ha preparado bien al niño para la vida escolar.

5) El sentimiento de identidad versus la difusión del papel. Comenta al respecto Velasco Fernández (1967): "Durante la adolescencia, el crecimiento físico acelerado, los cambios somáticos cualitativos, la maduración genital y los desos confusos y prohibidos, crean el sentimiento de algo difuso y proveen las bases de una crisis de gran significado para el desarrollo del ego: la crisis de identidad. No es muy fácil conceptualizar claramente el sentimiento de identidad del ego, pero una definición podría ser la siguiente: es la confianza confirmada de que la igualdad y continuidad del ego significa lo que uno ha adquirido para los demás". (pág. 19).

En otras palabras, la identidad permite que haya coincidencia entre lo que uno significa para otros y lo que uno cree que es. Pero además, implica que uno se conciba a sí mismo en su continuidad, y este sentimiento "de ser uno mismo" es parte central del sentido de identidad.

A la adolescencia se llega con una serie de identidades parciales (sexual, académica, ocupacional, etc.), pero se produce ahora una integración que representa mucho más que la simple suma de las identificaciones de la infancia. En realidad puede comprenderse al sentido de identidad, o quizá a su función, como la integración de tales identificaciones con las vicisitudes de la libido y con las oportunidades que ofrece el medio social. Cuando se establece saludablemente, permite una concordancia entre los que el individuo ha sido, lo que aspira a ser y lo que realmente es.

El peligro de esta etapa es la difusión del papel o "rol" que el adolescente y más tarde el adulto habrán de desempeñar en la vida. La dispersión, la incertidumbre, la identidad negativa, la paralización en el trabajo y la difusión de los ideales y propósitos, son algunas de las consecuencias posibles si el sentido de identidad no se estructura convenientemente. Se puede llegar, incluso, a conformar una personalidad sin propósito, una vida sin sentido. En cambio, si los estadios anteriores se alcanzaron sin graves obstáculos y si las condiciones del medio durante la adolescencia son adecuadas, el joven aumentará su sentimiento de autoestima a partir de las estimulantes experiencias nuevas, sintiendo que se mueve hacia un futuro comprensible donde tendrá un papel por desempeñar. Puede, a pesar de todo, desorientarse temporalmente y sólo en cierta medida, pero pronto alcanzará una nueva integración y



podrá ver con claridad "que no ha perdido el camino".

6) El sentimiento de intimidad versus el sentimiento de aislamiento. Si se emerge exitosamente de la lucha por ganar identidad, se estará en condiciones de enfrentar la tarea de alcanzar intimidad. Erikson dice que lo que el joven intentará ahora es capacitarse para combatir el temor de perder su ego en las situaciones que, por su naturaleza misma, exigen el autoabandono, tales como: la unión sexual, el combate físico, la amistad con ambos sexos y la inspiración con los guías y maestros.

Por lo contrario, un temor excesivo a la pérdida del yo, suficiente para invalidar las experiencias sexuales adecuadas, lleva inevitablemente a "un profundo sentimiento de aislamiento" y a la autoabsorción.

7) El sentimiento de generatividad versus el sentimiento de paralización o estancamiento. Se entiende por "generatividad" como el interés que el adulto tiene en guiar y cultivar a la generación siguiente, equivalente al "carácter genital" de Freud o al "carácter productivo" de Fromm. Este sentimiento implica una expansión gradual de los intereses del yo y de la catexis libidinal, sobre aquello que ha sido generado ya y aceptado con responsabilidad. Si esa expansión o enriquecimiento no se alcanza, se puede presentar una necesidad obsesiva de intimidad, que será en realidad una pseudointimidad, caracterizada por períodos de repulsión mutua y con un íntimo sentimiento de paralización individual, que a su vez causa un empobrecimiento de las relaciones interpersonales.

8) El sentimiento de integridad versus el de desesperación. La integridad es la aceptación del propio y único ciclo de vida personal como algo que tenía que ser y que, por necesidad, no permitió substituciones. La desesperación expresa el sentimiento de que ya queda poco tiempo para intentar empezar otra vida e intentar caminos alternos hacia la integridad.

- La motivación del rendimiento escolar.

"El deseo de sobresalir o hacer bien las cosas es característica personal de quienes tienen una elevada motivación de logro" (Atkinson, 1953, McClelland, 1953). En cada edad y grado escolar existen diferencias individuales en estas características que pueden permanecer relativamente estables desde la infancia hasta la edad adulta (Moss y Kagan, 1961).

Las influencias de los padres parecen ser un determinante decisivo para el desarrollo de la orientación hacia el éxito del niño. Singer y Singer (1969) mencionan al respecto: "Los padres de muchachos con elevada necesidad de rendimiento son modelos de individuos que tienen conductas de logro. Plantean metas de excelencia a sus hijos y les recompensan por los progresos que hacen hacia esas metas o los castigan por no lograr dichos progresos. Permiten cierta elección de rutas hacia la excelencia pero no compensan la falta de esfuerzo y castigan el fracaso. El modo de efectuar la tarea dependerá del muchacho, pero la debe llevar a cabo. No sorprende, pues, que para los hijos de tales padres, el alcanzar dichos estándares de excelencia adquiere un valor emotivo que los impulsa a salir airoso" (pág. 242).

McClelland (1965) hace ciertas recomendaciones para aumentar el impulso hacia el logro en el desempeño escolar, entre las que están: a) enseñarles el concepto de motivación hacia el logro; b) crear expectativas positivas fuertes de que el alumno puede y logrará una orientación mayor hacia el rendimiento; c) demostrar que el cambio que se busca sea acorde a las demandas de la realidad, la propia constitución y los valores culturales; d) que el alumno registre su adelanto hacia las metas que se ha comprometido y, e) proporcionar una atmósfera donde el individuo se sienta honestamente aceptado y respetado como individuo capaz de dirigir su propio futuro.

Dice Vázquez (1989): "En la motivación al logro existen dos componentes extrínsecos esencialmente diferentes: El primero, la pulsión afiliativa orientada hacia el estatus vicario o derivado que no atañe al aprovechamiento como fuente de estatus primario o ganado, sino sólo en cuanto le asegura la aprobación de personas supraordinadas (padres, profesores) o de grupos con los cuales se identifica el alumno y significa aceptación intrínseca o continua de éstos y, segundo, la pulsión de mejoramiento del yo que concierne al aprovechamiento como fuente de estatus ganado. Esta pulsión reemplaza a la afiliativa después de los períodos pre-escolar y primaria, especialmente en la adolescencia. Aunque los componentes cognoscitivo, afiliativo y de mejoramiento del yo, están invariablemente presentes en la motivación de logro de todos los alumnos, varían proporcionalmente a las experiencias interpersonales con los padres y a factores socio-culturales" (pág. 66).

Agrega Vázquez que la vida escolar debe hacerse atractiva y el arte de aprender agradable y que inculcar el gusto de saber es el modo más seguro de provocar el esfuerzo del estudiante. Además, el cultivo del esfuerzo no ha de limitarse sólo al terreno escolar.

Todo exceso de pulsión del mejoramiento del yo o de motivación puede ejercer efectos a largo plazo en el aprovechamiento escolar sólo cuando es un rasgo de personalidad muy estable y generalizado. Moss y Kagan, en 1961 encontraron que la estabilidad que caracteriza a la motivación al logro en sujetos entre los 6 años y la edad adulta, refleja en gran medida las muy duraderas propiedades de la pulsión del mejoramiento del yo derivadas de las relaciones padre-hijo.

Por otra parte, la motivación al logro tiene tres componentes: el componente cognoscitivo, el mejoramiento del yo y el afiliativo.

Winterbotton (1958) seleccionó a un grupo de niños de ocho años. Cada niño escribió historias que le sugerían dibujos ambiguos. Estas historias podían ser calificadas en cuanto a la necesidad de logro. Entrevistó a las madres de los niños con el fin de poder obtener información acerca de las prácticas de crianza que tenían con ellos. Se incluía una lista de veinte conceptos que indagaban acerca de las demandas de independencia y de dominio en diversas áreas. Solicitó a cada madre que marcara cada concepto que considerara que era una meta que ella había fijado para su hijo y que indicara la edad en la cual la había demandado o en la cual esperaba que su hijo aprendiera el comportamiento. Las demandas eran las siguientes:

- a) Defender sus propios derechos ante otros niños.
- b) Conocer su camino por la parte de la ciudad correspondiente a su domicilio, de manera que pudiera jugar sin perderse.
- c) Salir al exterior a jugar cuando quiere ser ruidoso o revoltoso.
- d) Deseo de probar nuevas cosas por su cuenta, sin depender de su madre en cuanto a ayuda.
- e) Ser activo y dinámico en montañismo, salto y deportes.
- f) Mostrar orgullo por su propia capacidad para hacer bien las cosas.
- g) Participar en los intereses y conversaciones de los padres.

h) Esforzarse por hacer cosas difíciles por sí mismo sin pedir ayuda.

i) Poder comer solo, sin ayuda en lo que respecta a cortar y manejar los alimentos.

j) Poder ser líder de otros niños y afirmar su propia personalidad en los grupos infantiles.

k) Hacer sus propias amistades entre los niños de su misma edad.

l) Guardar su ropa y cuidar sus posesiones.

m) Portarse bien en la escuela por iniciativa propia.

n) Poder desvestirse y acostarse solo.

ñ) Tener intereses y pasatiempos propios.

o) Ganarse el dinero que gasta.

p) Hacer algunas actividades regulares alrededor de la casa.

q) Poder quedarse solo en casa.

r) Tomar decisiones, escoger su ropa o decidir en que forma gastará su dinero.

s) Tener un buen desempeño en la competencia con los demás niños y esforzarse por sobresalir en juegos y deportes.

Los resultados mostraron que las madres de los chicos que tenían una fuerte motivación hacia el logro presentaban demandas a una edad significativamente más temprana que las madres de los niños con poca motivación de logro.

Otra sección del cuestionario hecho por Winterbotton preguntaba a la madre lo que ella hacía cuando su hijo cumplía con sus expectativas, a escoger de tres alternativas: 1) Besarlo o acariciarlo para demostrarle su agrado; 2) Decirle cuan buen chico era; elogiarlo por ser bueno; y 3) Darle un trato o privilegio especial. Las madres de los niños con fuerte necesidad de logro informaron valerse del afecto físicamente manifestado, como besar o acariciar, con mayor frecuencia que las madres con débil necesidad de éxito.

## 10. Influencia del Rol Sexual en la motivación al logro.

La mayoría de los estudios desarrollados en los Estados Unidos se han centrado en el análisis de las diferencias sexuales en relación a la motivación al logro, aunado a las realizadas sobre la edad y el rol sexual.

Son muchas las consecuencias ideológicas que de estas diferencias se producen. Por ejemplo, Crandall (1963 en Díaz, 1993) considera teóricamente que en sociedades, como la de Estados Unidos, las mujeres difieren de los hombres en su necesidad de responder a situaciones de logro. Esto es, la mujer se orienta más por necesidades de amor y de aprobación, mientras que los hombres lo hacen más por necesidades de dominio de habilidades y por el alcance de logros palpables.

Asimismo, Crandall supone que la conducta de logro tanto de hombres como de mujeres, se dirige inicialmente hacia la obtención de aprobación social y después surge una diferencia importante entre ambos sexos: los hombres internalizan estándares de excelencia que se refieren a su propia satisfacción en vez de buscarla en el reforzamiento social externo y, en cambio, las mujeres no internalizan estos estándares de excelencia y se apoyan más en reconocimientos provenientes del ambiente.

Por otra parte, Veroff (1969 en Alpert y Greenberger, 1967), apoya esta concepción pero partiendo de un principio distinto al de Crandall. Señala que el estado inicial de ambos sexos es la motivación al logro autónoma, período inicial en el que el niño aprende a evaluar su propia realización tomando en cuenta su estandar interno de excelencia. El segundo estado corresponde a la comparación social que el niño hace de su desempeño, período durante el que aprende a valorar sus realizaciones en comparación a la de los otros. Finalmente, estos dos tipos de motivación tienden a integrarse, siendo más lento y menos frecuente este proceso en las mujeres.

Esta forma de conceptualizar las diferencias entre los sexos y la baja correspondencia entre la motivación al logro en las mujeres con su comportamiento, desencadenó una marcada preferencia por el empleo de sujetos masculinos para los estudios en los Estados Unidos de América, según lo advierte Alpert (1974) al revisar los estudios comprendidos entre 1953 y 1967.

Por ejemplo, Veroff, Wilcox y Atkinson (1953 en Alpert y Greenberger, 1967) advierten que las instrucciones producen un efecto diferencial en hombres y mujeres en cuanto a la orientación al logro y, Veroff, Feld y Crockett (1966 en

Alpert y Greeberger, 1967) notan la diversidad de efectos motivacionales que produce un estímulo proyectivo en diversas personas y grupos. En cambio, Ray (1984) no encuentra diferencias sexuales en la aspiración de logro ni en el nivel de dificultad que una persona decide enfrentar para realizar una tarea.

Otros estudios reportan diferencias pero no de rol sexual sino de la manera de decidir la tarea. Por ejemplo, Karabenick y Jouseff (1968 en Díaz, 1993) encuentran que las personas, tanto mujeres como hombres, con una mayor motivación al logro, se desempeñan mejor en las tareas definidas como de mediana dificultad por ellos en comparación con aquellas que presentan alto grado de ansiedad por definir las como imposibles o de mucha dificultad.

Para Stein y Bailey (1973) la orientación hacia el logro de cada uno de los sexos es manifestación de cada una de las áreas de desarrollo en las que se desempeñan. Advierten que la mujer es más precavida y se intimida más ante un posible fracaso. Al respecto, French y Lesser (1964) habían comentado que la motivación al logro es alta en las mujeres sólo ante modelos femeninos cuyas metas son relevantes para su rol sexual, como por ejemplo, el bienestar de los hijos, el éxito en su matrimonio y la felicidad de la familia. Por otro lado, Parsons, Ruble y Hodges (1976) encontraron una percepción baja en las mujeres de su propio nivel de competencia, lo cual es congruente con la concepción de Stein y Bailey (1976).

El mayor grado de Maestría y Competencia en los hombres y el mayor grado de estas cualidades en mujeres, de los Estados Unidos, reportados por Spence y Helmreich (1978) no concuerda con los hallazgos al respecto en México. Por ejemplo, Velázquez y Casarín (1986) encontraron mayor maestría en las mujeres que en los hombres, y en los rubros de trabajo y competencia no existió diferencia significativa.

Por su parte, Díaz-Loving y Andrade (1985) refieren mayor competencia en estudiantes del sexo masculino que en estudiantes mujeres y ninguna diferencia en cuanto a maestría y trabajo, entre ambos sexos.

Asimismo, la sociedad genera una importante diferencia de expectativas de logro en el hombre y en la mujer, lo cual puede apreciarse en muy diversas formas: por ejemplo, existe más permisividad al fracaso en la mujer y al mismo tiempo se valora más el éxito en los hombres.

Feather y Simon (1975) señalan que las mujeres tienen más expectativas de éxito que los hombres a pesar de que desarrollen

el mismo trabajo y esto concuerda con los hallazgos de Petherson, Kiesler y Goldberg (1971).

Una muestra de la importancia que representa la congruencia entre la orientación al logro con la orientación de rol sexual para obtener el reconocimiento social de éxito se encuentra en los hallazgos de Chabassol (1978) quien reporta que una persona, hombre o mujer, se juzga como exitosa si elige una vocación congruente a su rol sexual tradicional. Por el contrario, Alpert (1974) había opinado que quien se desvía de este rol sexual tradicional posee una mayor orientación hacia el éxito que quien se somete a él. Estas diferencias permiten estimar el papel fundamental que tiene la cultura para explicar no sólo las diferencias entre hombres y mujeres de una misma cultura y sino también entre diferentes sociedades (Ghei, 1973 y Stoner y Spencer, 1986).

Según Macoby (1974) las diferencias sexuales en el nivel de aspiración y afán por el logro no han sido claramente definidas en cuanto a la capacidad de inteligencia (coeficiente intelectual) y los logros entre niños y niñas. En la adolescencia, en especial en los varones de la clase media comienzan a ser más sensibles las presiones para la entrada a la universidad y la preparación con el resultado de que los más inteligentes empiezan a trabajar más comprometidos con sus tareas y consigo mismos. Sin embargo, incluso en estos años la mayor selectividad del esfuerzo por parte de los varones indica que su enfrentamiento con el trabajo es más autónomo. Los chicos tienden a rendir bien en los temas que les interesan y mal en los que les aburren, mientras que las chicas tienden a rendir más uniformemente en todas las materias.

Díaz (1993) menciona un factor que parece contribuir a que la correlación entre actitudes y rendimiento sea más alta en los varones que en las mujeres a lo largo de los años escolares, este es la confianza en sí mismos ya que ellos parecen valorar de modo más realista que las niñas sus propias actitudes y rendimientos.

Crandall, Kalkovsky y Preston (1960 en Díaz, 1993) entrevistaron a niños y les preguntaron a los varones sobre qué niveles esperaban alcanzar en una nueva tarea escolar que estaban a punto de iniciar. Entre estos cuanto mayor era su grado de inteligencia mayores eran sus expectativas de éxito en la tarea. En cambio, en las niñas, aún cuando pudieran estar dotadas con el mismo nivel de inteligencia, sus expectativas hacia el éxito eran muy bajas. Más aún, al preguntar a los niños si creían que su calificación en una tarea estaba en función de su esfuerzo, o bien, era una cuestión de suerte, los muchachos creían que se debía a su esfuerzo. En el caso de las

niñas, creían que era cuestión de suerte, es decir, no había correlación entre el coeficiente intelectual y la creencia en el propio esfuerzo.

La inconsistencia de resultados en torno a la mayor maestría, competencia o trabajo de alguno de los dos sexos, probablemente sea reflejo de la ampliación de las áreas de desarrollo que enfrentan y que les requiere un nuevo equilibrio de tales características para desempeñarse adecuadamente. Además, necesitan para ello de un cambio de percepción de lo legítimo que significa desempeñarse en un rol que se desvía de la norma tradicional. Probablemente las diferencias sexuales que advierten Crandall y cols., tengan su origen en la división de estas áreas de desempeño más que en el efecto de una instrucción o asimilación de roles.

Es especialmente importante destacar que en la forma proyectiva de medición del atributo estudiado, la metodología que se suele emplear esta basada en el empleo de láminas parecidas a las de test de apercepción temática de Murray (T.A.T.). Algunos son personajes masculinos y otros femeninos. Las investigaciones comparan las respuestas de las mujeres y de los hombres. También se suelen separar en diversos grupos las respuestas típicamente femeninas con respecto al nivel de motivación al logro el cual es menor en ellas (Atkinson, 1960 en Díaz, 1993).

Los resultados que suelen encontrarse al comparar a los grupos de hombres con los de las mujeres, indican que las jóvenes con elevada motivación de logro, obtienen puntajes de logro más elevados ante las láminas femeninas que las con baja motivación hacia el mismo que los aumentan ante las láminas masculinas. Estos datos Atkinson los interpretó suponiendo que las jóvenes que obtienen calificaciones altas de motivación al logro ante una lámina femenina, tienen necesidades de logro integradas a su propio rol femenino mientras que las otras perciben el logro intelectual como muy deseable para su pareja, a la que consideran un complemento de su propio rol femenino pero no ven el logro deseable para ellas.

Lo anterior es de suma importancia pues solamente cuando la motivación al logro se ha integrado al rol sexual correspondiente, se puede predecir la ejecución de una conducta como un patrón de comportamiento habitual.



### 11. Medición de la motivación al logro.

Como se dijo antes fue con el trabajo de McClelland, Atkinson, Clark y Lowel (1953) que se empezó a realizar investigación sistemática sobre este tema. Los aspectos más estudiados son, en primer término, cómo medir este fenómeno y, en segundo, determinar cómo diferentes niveles de esta motivación se relacionan con la ejecución de tareas y los factores demográficos.

La controversia en cuanto a la mejor forma de medir la motivación al logro aún persiste. Por un lado, se encuentra la medición proyectiva y, por el otro, la medición psicométrica. Ambos tipos de medición se han desarrollado y utilizado desde principios de siglo.

Díaz-Loving, Andrade y La Rosa (1989) mencionan que tanto las técnicas proyectivas como las psicométricas han demostrado cierta validez en la predicción de ejecución de tareas en laboratorios y en la vida real pero que sin embargo las correlaciones entre ambos tipos de pruebas han sido muy bajas y citan a Weinstein (1969) quien encontró una correlación media de sólo .08 entre ocho pruebas proyectivas y psicométricas.

Agregan estos autores que una explicación de la baja correlación entre las pruebas mencionadas es que la motivación de logro consiste en un número de dimensiones representadas diferencialmente en cada instrumento, por ejemplo, en el sistema de calificación del T.A.T. se suman con peso unitario 10 subcategorías para formar un solo índice de motivación de logro, mientras que en las diferentes pruebas psicométricas, distintas cantidades de reactivos son sumados para reflejar la calificación total.

Jackson, Ahmed y Heapy (1976 en Díaz, 1993) han cuestionado la unidimensionalidad de la orientación de logro. Al revisar un análisis factorial de una variedad de reactivos diseñados para medir este constructo, encontraron 6 componentes diferentes, de lo cual concluyeron como inapropiado indicar que un individuo tiene alta motivación de logro sin especificar los tipos y calidad de dicha motivación.

Por otra parte, (Díaz, 1993) entre los instrumentos proyectivos se encuentra el Test de Insight de French (citado por Holmes y Tyler, 1968), construido en 1958; otro es el Iowa Picture Interpretation Test de Huerley desarrollado en 1955 (también citado en Holmes y Tyler, 1968) y el TAT Fantasy Method de McClelland (1953) basado en el Test de Apercepción Temática de Murray.

Entre los instrumentos psicométricos, Holmes y Tyler (1968) mencionan al Personal Preference Schedule de Edwards (SIC) construido en 1954 y al Work and Family Orientation Questionnaire (Cuestionario de orientación laboral y familiar) de Spence y Helmreich (1974).

Spence y Helmreich desarrollaron un instrumento multidimensional que ha resultado predictivo y efectivo para hombres y mujeres. Lo construyeron respondiendo a la limitaciones que habían tenido los anteriores instrumentos para explicar las diferencias en motivación y aspiraciones entre ambos sexos.

La Escala de Spence y Helmreich consta de 19 reactivos que se refieren a las siguientes dimensiones: a) Maestría, relativa a la preferencia por tareas difíciles y por hacer las cosas intentando la perfección; b) Trabajo, ejemplificada por una actitud positiva hacia el trabajo en sí; y, c) Competitividad, que describe el deseo de ser el mejor en situaciones interpersonales.

Díaz-Loving, Andrade y La Rosa (1989) comentan que utilizando este instrumento, Spence y Helmreich (1978) encontraron que en los Estados Unidos de América, los hombres obtienen calificaciones más altas en maestría y competitividad y las mujeres en trabajo; además, en uno y otro sexo, entre más competitiva es la gente, es mayor el número de rasgos instrumentales negativos (por ejemplo son más dictatoriales, dominantes, agresivos, etc) y menor el de rasgos expresivos positivos (por ejemplo ser amables, preocuparse por los demás, etc). También encuentran que tanto la orientación a la maestría como al trabajo, se relacionan positivamente tanto con rasgos instrumentales positivos (activo e independiente) como con expresivos positivos (gentil, amable, preocuparse por los demás, etc.). De la misma manera, se reporta una relación positiva de maestría y trabajo con la autoestima.

Por otro lado, al estudiar diferentes grupos y sus niveles de orientación al logro, Spence y Helmreich (1978) reportaron la obtención por los científicos de calificaciones más altas en maestría y trabajo, y más bajas en competitividad que los estudiantes universitarios. También encontraron que los científicos más productivos eran los que obtenían calificaciones altas en maestría y trabajo pero bajas en competitividad.

En México, Díaz-Loving y Andrade de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, construyeron y validaron un instrumento de orientación al logro para la población mexicana. En esta escala tomaron las tres dimensiones de la de Spence y Helmreich así como algunos reactivos, agregando, empero, otros que se verificaron apropiados a la cultura y semántica mexicanas.

Esta Escala consta de 22 reactivos y los índices de consistencias interna obtenidos por el alpha de Cronbach de las subescalas de maestría, competencia y trabajo fueron, respectivamente, de 0.78, 0.79 y 0.81. Las tres dimensiones explicaron el 36.71% de la varianza total de la escala (La Rosa, 1988).

También fueron analizadas diferencias por sexo, orientación familiar, empleo y aprovechamiento escolar en las dimensiones propuestas, así como las relaciones de las mismas con las escalas de masculinidad (instrumentalidad) y femineidad (expresividad) positivas del instrumento de atributos personales de Díaz-Loving, Díaz-Guerrero y Helmreich y Spence (1981 en La Rosa, 1986).

12. Conceptos psicoanalíticos relacionados con la motivación al logro.

a) La teoría tripartita de la mente de Freud.

"El mundo externo puede motivar, influir, crear conductas o causas conflictos, pero el mundo externo no puede reprimir dentro del sujeto si no existe una instancia intrapsíquica que haga suyo el conflicto para que éstos se establezcan. Es por eso que un mismo suceso traumático del mundo externo tiene distinto impacto entre los diferentes sujetos que lo sufren, porque cada sujeto tiene un distinto Yo capaz de soportar el hecho traumático. Sin ayuda de una instancia intrapsíquica que represente y anticipe al mundo externo no podría surgir el conflicto neurótico. Es necesario que el conflicto entre el Ello y el medio ambiente sea transformado previamente en un conflicto entre el Ello y el Yo para que pueda establecerse el conflicto neurótico.

Es muy importante tomar en consideración lo anterior porque estamos acostumbrados a pensar que el medio externo por sí mismo es capaz de provocar el conflicto neurótico. La prueba de realidad es una función del Yo que nos permite diferenciar lo que viene del mundo interno y lo que viene del mundo externo. Cuando el Yo no discrimina la fuente del estímulo es porque esta función se ha debilitado, y está en conflicto, un impacto del medio externo, una presión, pueden ser inaguantables y conflictivos para el sujeto, no tanto por la intensidad de los mismos sino porque el Yo de ese sujeto no soporta dicha presión. Por eso, cuando disminuyen los bombardeos externos el Yo puede reorganizarse y desaparecer el conflicto, pero ese Yo es un Yo predispuesto a no soportar más de aquella intensidad que soportó previamente" (González Núñez, 1992).

Para introducir a la psicología psicoanalítica y a la explicación de algunos conceptos básicos de su teoría, el Dr. González Núñez describe en su libro "Integración Grupal" (1992) las seis hipótesis metapsicológicas en las que se fundamenta dicha teoría:

" El punto de vista topográfico sostiene la existencia de un continuo que va de la conducta consciente hasta llegar a la inconsciente, pasando por la preconscious. Lo consciente es todo aquello de lo que nos damos cuenta. Lo preconscious es aquello que mediante un esfuerzo de atención podemos traer a la conciencia y lo inconsciente es todo aquello que influye en nuestra conducta, o en aquella conducta que actuamos sin darnos cuenta.

El punto de vista dinámico establece que existen fuerzas psicológicas, las que pueden ser definidas por su dirección y magnitud. El efecto de dichas fuerzas, cuando actúan simultáneamente, puede o no ser resultante de cada una de ellas.

El punto de vista económico se refiere a la existencia de energía psíquica, la cual sigue la ley de la conservación y de la entropía.

El punto de vista estructural establece la existencia de estructuras psíquicas (Ello, Yo y Superyo). Se dan procesos mentales dentro de ellas, entre ellas y por medio de ellas. Las estructuras se ordenan de acuerdo a su jerarquía.

El punto de vista genético considera que todos los fenómenos psicológicos tienen un origen y un desarrollo. Su origen está en propiedades innatas y siguen un proceso de maduración acorde a un plan epigenético. La totalidad de las formas primitivas que son potencialmente activas, determinan en gran medida los fenómenos subsecuentes.

El punto de vista adaptativo sustenta que hay estados psicológicos de adaptabilidad a lo largo de toda la vida; los procesos de adaptación son realizados por el hombre hacia con su sociedad y viceversa". (González Núñez, 1992; pág. 20).

En el año 1923, en su obra "El yo y el ello"; Freud expone por primera vez su nueva (la segunda) teoría del aparato psíquico. Dice Lagache (1984): "Según esta concepción, la personalidad presenta tres sistemas o instancias: el ello, el yo y el superyó" (pág. 39).

El ello, la más antigua de las agencias psíquicas, contiene a todo lo que es heredado, lo que está presente al momento de nacer, lo que está dentro de la constitución física, esto es, lo instintual. Por la influencia del mundo externo real una porción del ello sufre un desarrollo especial: Dice Freud (1939) que de lo que originalmente era la corteza cortical surge una organización especial, llamada el yo, la cual actúa como un intermediario entre el ello y el mundo externo. Freud afirmó que la labor fundamental del yo era la autoconservación.

Lagache (1984) define al ello en los siguientes términos: "El ello es la traducción del alemán 'das Es' (en inglés, id), traducido a veces al francés como 'le sos' (por Jankélévitch). Este concepto tiene su origen en Nietzsche y en Groddeck, quienes expresaban con este término todo lo que hay de impersonal, de involuntario, de inconsciente y natural en las fuerzas profundas que gobiernan la vida humana. Es la forma primera del aparato psíquico, tal como existe en el recién nacido (y eventualmente en el período prenatal), y constituye la materia prima para las diferenciaciones ulteriores.

Dinámicamente, está compuesto por los impulsos innatos -agresivos y sexuales- y por los deseos reprimidos. En su funcionamiento dominan los procesos primarios: los deseos del ello se substraen al principio de realidad, desconocen el tiempo, las relaciones causales y lógicas; están sometidos al principio del placer-displacer. Es un error reducir al ello a los impulsos biológicos" (pág. 40).

Sobre el Yo dice: "Se desarrolla por la diferenciación del aparato psíquico en contacto con la realidad exterior. La actividad del yo es consciente (percepción exterior, percepción interna, procesos intelectuales), preconsciente e inconsciente (mecanismos de defensa). La estructura del yo está dominada por el principio de realidad (el pensamiento objetivo, socializado, racional y verbal). Al yo corresponde la defensa del individuo y su ajuste al medio, la solución de los conflictos con la realidad, o entre deseos incompatibles. Controla el acceso a la conciencia y a la acción; asegura la función sintética de la personalidad. El yo designa también a la persona, en tanto que ella es objeto de percepciones, de actitudes, de afectos: en el narcisismo, por ejemplo, el amor que el sujeto experimenta por su propia persona (Nunberg)" (pág. 40).

González Núñez, Cortés y Padilla (1994) refieren que: "Para la teoría psicoanalítica el 'yo' es una sub-estructura de la personalidad, que se define por sus funciones y que se desarrolla a partir de tres grupos de factores:

1. Las características de los impulsos instintivos heredados.
2. La influencia de la realidad exterior.
3. Las influencias de la realidad interior" (pág. 28).

Y enumeran una lista de las funciones que tiene a su cargo el yo basada en Bellak, Hurvik y Gediman (1973) que incluye: (pág. 29).

1. Prueba de realidad.
2. Juicio.
3. Sentido de realidad. Adaptación a la realidad.
4. Regulación y control de impulsos.
5. Regulación y control de afectos.
6. Relaciones de objeto.
7. Procesos de pensamiento.

8. Regresión adaptativa al servicio del yo.
9. Funcionamiento defensivo.
10. Barrera contra estímulos.
11. Funcionamiento autónomo del yo.
12. Funcionamiento sintético-integrativo.
13. Dominio-competencia.

El superyó se define clásicamente como una modificación del yo causada por la internalización de las fuerzas represivas que han actuado en un individuo en el curso de su desarrollo. González Núñez, Cortés y Padilla (1994) explican que entre sus funciones se encuentran, entre otras, las reglas internalizadas, la función de autoaprecio y la función de castigo, la culpa y el aburrimiento. En síntesis y como ya se había explicado en un apartado anterior, el superyó resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas de la infancia. El superyó abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del ello. Tiene además funciones de protección y recompensa, que se establecen en forma de ideales y valores (ideal del yo), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara, derivando de tal comparación un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la distancia existente entre el ideal del yo y el yo real, actual. Parte del superyó es consciente y parte inconsciente, al igual que el yo.

#### b) Algunas consideraciones sobre el narcisismo.

Menciona Michaca (1987) que Freud cuando publicó en 1905 sus "tres ensayos sobre una teoría sexual" hizo algunas propuestas novedosas para el estudio de las relaciones objetales. Dice: "la más original fue la división del instinto sexual en un objeto y una meta". Definía el objeto sexual como una persona: 'introduzcamos dos términos: llamemos objeto sexual a la persona de la que parte la atracción sexual y meta sexual a la acción hacia la cual se esfuerza la pulsión' (Vol. VII, p. 123). Por esta época Freud creía que en los estadios más tempranos, el instinto sexual infantil no necesita de un objeto (es autoerótico), pero muy pronto aparecen instintos parciales que '...desde el comienzo envuelven a otras personas en calidad de objetos sexuales' (Vol. VII, pág. 174)". (pp. 37 y 38).

Agrega Michaca (1987) más adelante, que los comienzos de la psicología del self se pueden datar en 1914 con el artículo de Freud titulado "Introducción al Narcisismo", donde aborda por primera vez el problema de las relaciones de objeto. Las hipótesis de Freud en este artículo son las siguientes:

1) Presenta a la libido como una fuerza susceptible de variación cualitativa y cuantitativa, narcisista (sobre el propio sujeto) y objetal, cuyos movimientos explican las manifestaciones de la psicosexualidad.

2) Contiene la primera presentación sistemática de la elección de objeto.

3) Introduce por primera vez el concepto de Ideal del Yo, que dará origen a la estructura del superyó.

4) También en este artículo Freud postula que se "ama":

1. Conforme al tipo narcisista:

- a) lo que uno es (a sí mismo).
- b) lo que uno fue.
- c) lo que uno quisiera ser.
- d) a la persona que fue parte de uno mismo.

2. Conforme a tipo de apoyo:

- a) A la mujer nutriz.
- b) Al hombre protector.

Para Lacan (1949) el narcisismo es un momento privilegiado en la constitución del psiquismo, en el cual se constituye el yo a partir de la imagen totalizada y organizada que le devuelve la mirada de la madre. Es decir, que la imagen del "espejo" produce en el niño una primera aprehensión del yo en tanto representación unificada de sí mismo, del propio cuerpo.

Esta relación de unidad madre-hijo está cerrada narcisísticamente y posibilita la constitución del yo, un yo constituido por identificación, proceso que permite entender cómo el niño se constituye como sujeto psíquico en un medio humano. La identificación es, entonces, el proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad o un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste.

En un momento dado de su constitución el objeto comienza a tomarse a sí mismo como objeto de amor. La libido carga al yo (self) y a partir de esto y del corte (por parte del padre) de la diada madre-hijo, puede desplazarse a los objetos, para volver luego al yo en un movimiento que se puede considerar de equilibrio entre el amor a sí mismo y a los objetos de amor.



Así, las dos tareas fundamentales que debe realizar el niño para lograr su independencia psíquica son: a) la elección de objeto y b) la identificación.

Dice Rodríguez Cortés en 1994: "Una de las decisiones más importantes y esperadas para todo ser humano es aquella en la cual determinará si comparte su vida con otra persona, esperando encontrar en ella la satisfacción a las necesidades que se le presentan. Dentro de esas necesidades podemos referirnos a la de seguridad que se relaciona con lograr la independencia económica y una madurez emocional de la personalidad. La necesidad de afecto consiste en anhelar reconocimiento, cuidado y cariño" (pág. 19).

"...para la diferenciación del aparato mental y del mundo interno del ser humano se requiere una relación temprana con una pareja real externa (la madre), que actúe como un organizador de la diferenciación de dichas estructuras" (Chevaili y Tubert, 1978; pág. 85).

De acuerdo con el psicoanálisis: "...existen ciertas estructuras innatas, (en) que el ambiente social ejerce cierta influencia sobre ellas, y que el resultado de la interacción entre ambas es el desarrollo de un 'aparato mental', entendido como una organización de la secuencia de las diferentes funciones y actividades mentales, que da origen a las funciones más complejas, así como en el de un 'mundo interno' constituido por imágenes, fantasías o representaciones de sí mismo y de los objetos, separados por un espacio interno". (Chevaili y Tubert, 1978; pág. 85).

Cualquier experiencia con un "objeto", llámese a éste cualquier persona, animal o cosa que tiene para el sujeto una representación emocional hacia la que dirige sus impulsos, está determinada por los residuos de objetos internalizados y la organización de los introyectos que forman el sentido de sí mismo y contribuye de diferentes maneras a la integración de su respectiva identidad.

Menciona Rodríguez Cortés para explicar la forma cómo se realiza el inicio o destrucción de una pareja humana que González Núñez (1984) lo analiza según los siguientes conceptos: "el determinismo psíquico, la existencia de un inconsciente dinámico y otros puntos de vista teóricos más específicos como lo son la compulsión a la repetición (Freud, 1914) que permiten hacer elecciones de objeto en forma prácticamente automática dada la cantidad mínima de energía que se utiliza y dados los procesos de identificación que las sustentan. Repetir para no recordar es menos doloroso, menos comprometedor y energéticamente, menos costoso".

Laplanche y Pontalis (1973) definen la relación de objeto u objetal como "el modo de relación del sujeto con su mundo que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y ciertos tipos de defensa predominantes". (pág. 359).

González Núñez (1988) aclara que los impulsos "...buscan objetos a los cuales define como 'todo ser animado o inanimado que posea importancia psicológica para el sujeto, o sea, que esté catectizado' en los cuales operar la descarga" (pág. 26).

Al parecer, en la elección de objeto, los sujetos perciben características que permitirían la realización de lo deseado, pero en forma encubierta podrían en cierto momento dar lugar a lo temido. Aún más, suele suceder que la personalidad del objeto elegido o el tipo de meta deseada, posea además de aquellos rasgos que satisfacen lo buscado, otros que concuerdan con los rasgos temidos o rechazados del objeto original.

Lemaire (1989) hace una distinción entre relación de objeto propiamente dicha y relación objetal: "cuando hablamos de relación de objeto la consideramos como correlato de la pulsión; por el contrario, cuando se habla de relación objetal, atraviesan el camino de la identificación; una de las tesis básicas asentadas por Freud en el Yo y el Ello (1923) es que las cargas de objeto abandonadas se transforman en identificaciones". (pág. 18).

Klein (1946) postula que las relaciones objetales existen desde el comienzo de la vida, siendo el primer objeto el pecho de la madre, mismo que es disociado (por medio de la escisión) en un pecho bueno, gratificador, y en un pecho malo, frustrador; disociación que conduce a la división entre amor y odio.

González (1978) dice: desde el comienzo, las relaciones de objeto son modeladas por un interjuego entre proyección e introyección, entre objetos y situaciones internas y externas" (pág. 28).

"Cuando un introyecto se metaboliza, se incorpora al Yo. En este caso estamos hablando de identificación" (Rapaport, 1961).

La identificación es el mecanismo por excelencia en la formación de la estructura psíquica ya que permite el cambio de energías instintuales libres a energías yoicas ligadas a la representación del objeto abandonado que les da origen. A este respecto se puede plantear que la introyección es el resultado del abandono de un objeto con el que se tenía una relación muy ambivalente como lo señala Freud en Duelo y Melancolía (1917) que permite la identificación con el consecuente enriquecimiento

del Yo. Asimismo, Freud (1917) define al ideal del yo como la instancia heredera del narcisismo primitivo en el cual el yo infantil se bastaba a sí mismo.

"La evolución del Yo consiste en un alejamiento del narcisismo primario y crea una intensa tendencia a conquistarlo de nuevo. Este alejamiento sucede por medio del desplazamiento de la libido sobre un Yo Ideal impuesto desde el exterior y la satisfacción es proporcionada por el cumplimiento de ese ideal.

Freud dice respecto a la autoestima: "La autoestima nos parece ser una expresión de la magnitud del yo. Todo lo que una persona posee o logra, cada residuo del sentimiento de la primitiva omnipotencia, confirmado por la experiencia, ayuda a incrementar su autoestimación" (pág. 2032).

Una parte de la autoestima es primaria, es el residuo del narcisismo infantil; otra procede de la omnipotencia confirmada por la experiencia (del cumplimiento del ideal) y una tercera de la satisfacción de la libido objetal (pág. 2032).

Freud en "Introducción al narcisismo" (1914) designa como elección narcisista de objeto la que se caracteriza por ser el objeto elegido conforme a como es el sujeto, como fue el sujeto, como el sujeto quisiera ser o alguien que una vez fue parte del sujeto, el hijo para la madre, por ejemplo. En Freud, la elección narcisista de objeto abarca tanto la elección que se ha realizado a imagen y semejanza del Yo, como la que se ha realizado para elevar la autoestima, la vivencia de perfección, de completud, de omnipotencia.

Ahora bien, si una elección narcisista de objeto se puede realizar porque el objeto elegido lo es a imagen y semejanza del yo, o bien, porque restituye la autoestima del Yo, ello significa que en el concepto de narcisismo están articuladas dos categorías. Por un lado, está la relación de semejanza o diferencia entre el Yo y el objeto, y por el otro, la vivencia de perfección, de omnipotencia, en última instancia, de autoestima satisfecha. Se ha cuestionado mucho la existencia de un narcisismo primario, anobjetal, ya que aún en esta etapa "el sujeto comienza a tomarse a sí mismo, su propio cuerpo, como objeto de amor" (Freud, 1911 pág. 74) que ya se constituye en objeto por otro externo. El Yo que es tomado como objeto de amor es la representación que el sujeto se hace de sí mismo, y esta representación se construye en buena medida por la identificación con otro. Freud habla de narcisismo infantil en términos que destacan la vivencia placentera del niño de sentirse excelso, perfecto, de que su belleza, su inteligencia y todas sus cualidades lejos de ser cuestionadas son, por el contrario, hiperestimadas. Por lo tanto, el amor del narcisismo se caracteriza por la idealización, es decir, por el mejoramiento de las cualidades del sujeto. Entonces, debe

entenderse que el narcisismo, definido como la condición en que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor implica hiperestimación.

c) La identificación y la identidad del yo.

Para el psicoanálisis, la identificación es la primera expresión de un lazo emocional con otra persona. Freud en su obra "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" de 1921, menciona que hay tres fuentes de identificación: primero, la identificación es la forma original de los lazos emocionales con un objeto; segundo, en una forma regresiva se vuelve un sustituto para un lazo con un objeto libidinal, por medio de la introyección del objeto en el yo; y, tercero, puede surgir con alguna otra persona que no es un objeto del instinto sexual. El lazo mutuo entre los miembros de un grupo es de la naturaleza de una identificación basada en una importante cualidad emocional común.

González Núñez (1992) dice que la identificación es un mecanismo de defensa que sirve para proteger la personalidad, pero, además, es un proceso que ayuda al Yo a madurar, contribuye a la formación del superyó y al desarrollo del Ideal del Yo. Agrega que las identificaciones son procesos importantes en todo el funcionamiento organizado de la personalidad.

También dice: "En el proceso de identificación el Yo utiliza energía para poner en sí mismo aspectos que desea de un objeto externo. Es un fenómeno que permite que el sujeto tenga la posibilidad de relacionarse con el medio externo (proceso secundario). En este sentido se refiere al agrado o satisfacción de tener uno mismo las características del otro; además de permitir el desarrollo del Yo como ser individualizado, permite la comunicación con los demás" (pág. 87).

González Nuñez comenta que el mecanismo de identificación se clasifica en los siguientes tipos:

a) identificación con un objeto amoroso: la persona adopta características de una persona a quien ama o admira y quien le gustaría ser. Este mecanismo le ayuda a controlar la ansiedad que le provoca estar separada de esa persona.

b) La identificación con el objeto perdido: una persona toma las características o las actitudes de una persona que ya no estará más con ella. Esto se ve claramente en los casos en que muere un familiar o una persona querida.

c) La identificación a causa de una culpa: se describe como una identificación de autocastigo debido a que una persona siente hostilidad hacia alguien quien ama; los sentimientos de ambivalencia le causan culpa y se autocastiga.

d) La identificación con el agresor: para evitar sentirse atemorizado por la presencia de un agresor el sujeto trata de parecerse a él, lo imita y, al actuar como quien le atemoriza, percibe la agresión como propia y se siente menos angustiado porque piensa que él es capaz de controlarla.

e) La identificación por aprendizaje social: aquí influyen los medios de comunicación.

f) La identificación por necesidad de identidad, común en la adolescencia." (Todos los incisos de González Núñez, 1992; pp. 87 y 88).

Agrega González Núñez que las identificaciones aparecen clasificadas en la obra de Freud "Psicología de las masas y análisis del Yo", en primarias y secundarias. Dice que "las primarias se caracterizan porque se realizan antes del período en que puede darse la elección de objeto y no constituyen el resultado de la pérdida de una relación objetal; se les ve funcionando en proceso secundario del pensamiento. En esta clasificación de secundarias se incluyen aquellas identificaciones que forman parte del Yo, del Superyo y del Ideal del Yo". (pág. 88).

#### d) El origen y la formación del Ideal del Yo.

Una de las tesis básicas asentada por Freud en el Yo y el Ello (1923) es que las cargas de objeto abandonadas se transforman en identificaciones. Freud definió al Yo (1923) como un precipitado de catexias de objeto abandonadas, a partir de objetos introyectados. De este modo se va construyendo el mundo interno del sujeto. La identificación es, entonces, el proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma sobre el modelo de éste.

Pero, ¿cómo es que se adquiere la valoración de sí mismo? ¿cómo se constituye una representación del yo que es digna de amor?

Freud habla de un doble aspecto del Yo: el "yo función" y el "yo representación". El yo función es un yo corporal que abarca funciones tales como la percepción, la conciencia, la motilidad, etc. El yo representación se constituye y se mantiene básicamente por la identificación con la imagen del otro. Los dos tienen influencia mutua.

El enriquecimiento narcisista implica una vinculación entre el Yo y el Ideal del Yo. El objeto elegido, soporte de las proyecciones del Ideal del Yo, es de alguna manera apropiado de nuevo y reintroyectado en el Yo del sujeto. Pero hablar del Ideal del Yo trae consigo serias complicaciones y connotaciones metapsicológicas de acuerdo a la acepción que de éste se maneje.

Siguiendo a Freud, y a partir de la segunda tópica (1923), el superyó queda constituido por dos aspectos: uno que se conoce como conciencia moral, conjunto de prohibiciones de la cultura que tiene en su base la prohibición del incesto y el parricidio; y otra que se llama Ideal del Yo y que constituye el conjunto de ideales a los cuales los hombres aspiran en su búsqueda de amor y reconocimiento.

El ideal del yo es la instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo o yo ideal) y de las identificaciones con los padres, con sus sustitutos y con los ideales colectivos.

En Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921), Freud sitúa en primer plano la función del Ideal del Yo como una formación claramente diferenciada del Yo que permite explicar la fascinación amorosa, la dependencia frente al hipnotizador y la sumisión al líder: casos todos en los que una persona ajena es colocada por el sujeto en el lugar del ideal del yo.

Resumiendo: la teoría del narcisismo sostiene que se establece un equilibrio entre el "yo" y los "objetos". Cuanto más se enriquece la libido del yo, más se empobrece la de los objetos, y viceversa. El yo está considerado como un gran depósito donde la libido es enviada hacia los objetos pero también desde los cuales ésta puede fluir hacia al Yo.

La catexia libidinal del Yo define al narcisismo, al que corresponde: el sentimiento de sí (la autopercepción del yo) y la autoestima de la que dependen los sentimientos de omnipotencia o de autodesvalorización.

El "yo ideal" es una organización psíquica sobre la que se concentra el ideal de omnipotencia narcisista del yo infantil. El ideal del yo es la representación psíquica por la que el Yo aprecia sus realizaciones. "Cada hombre establece un ideal con el mide su yo anterior" (Freud, 1914).

Así, el Ideal del Yo es una entidad heredera del narcisismo. Es anterior al superyó y distinto de él. Por el Ideal del Yo, el sujeto intenta desesperadamente lograr una buena relación con la madre todopoderosa o con ambos padres todopoderosos. Del Ideal del yo dependen la vergüenza, la angustia de pérdida de objeto y la depresión. Del superyó dependerán el sentimiento de culpa en relación con el objeto.

e) La autoestima.

De acuerdo con Coopersmith (1981): "La autoestima es un conjunto de actitudes y creencias que la persona va formando al enfrentarse al mundo, sobre sí mismo" (pág. 1).

Así, la autoestima es la autoimagen basada en la forma como se es tratado por los demás. Esto va a tener una incidencia muy importante en los vínculos que establezca con las personas que lo rodean. Y va a ser el reconocimiento de esas otras personas el que module el nivel de autoestima del sujeto.

Rodríguez, Pellicer y Dominguez (1985) definen a la autoestima como los pensamientos que uno tiene sobre sí mismo.

Cattel (en Ochoa, 1987) dice que la autoestima es el centro organizador de todos los sentimientos.

Michaca (1987) dice que la autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos.

Pilar (1989) percibe la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo. Estas actitudes indican lo que el individuo cree ser capaz.

Según Ochoa (1987) la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el sí mismo. La alta autoestima implica que el individuo se respeta y se estima sin considerarse peor que los otros y sin creerse perfecto, por el contrario, reconoce sus limitaciones y espera mejorar. En cambio la baja autoestima se refiere a la insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo.

Maslow (1975) dice que la autoestima es la evaluación del self y, operacionalmente, lo que el sujeto dice de sí mismo.

Según Rosenberg (1965), Purky (1970) y Piers (1972), la familia, y en especial, los padres, influyen mucho en el desarrollo de la autoestima. Cuando la relación padre-hijo es abierta y satisfactoria, el niño se capta a sí mismo como aceptado y valorado. Ello le permitirá un desarrollo sin temor al fracaso o al rechazo.

Coopersmith (1981) menciona condiciones para la formación de la autoestima: la aceptación del niño por sus padres, los límites educativos -definidos claramente-, el respeto a la acción del niño dentro de estos límites y la comunicación y relación con el otro.

Coopersmith concluyó que las personas desarrollan sus conceptos acerca de sí mismos de acuerdo a cuatro puntos importantes:

1. Significación: la forma como sienten que los aprecian y aprueban personas importantes para ellos.
2. Competencia: ejecutar tareas importantes para ellos mismos.
3. Virtud: logros de estándares morales y éticos.
4. Poder: el grado en que controlan su propia vida.

También el ambiente social tiene gran influencia en el desarrollo de la autoestima. Coombs (1969) describe la relación entre éxito social y autoestima como relación de nutrición circular. Explica que el individuo que tiene éxito social mejora su autoestima.

La autoestima según Gioia (1982 en Bar-On, 1985) depende de las relaciones objetales libidinales y afectivamente positivas.

Fenichel (1988) siguiendo la línea psicoanalítica comenta que la nostalgia del sentimiento del narcisismo primario se denomina "necesidad narcisística". La autoestima constituye la manera en que el individuo se hace cargo de la distancia que lo separa de la omnipotencia primitiva. Los métodos primitivos de la regulación de la autoestima surgen del hecho que el primer anhelo de objetos tiene el carácter de eliminación del displacer perturbador y que la satisfacción por el objeto suprime el objeto mismo y surge el estado narcisista.

Cuando uno logra librarse de un estímulo displaciente, se produce una restauración de la autoestima. La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo, el suministro de alimento, constituye el primer regulador de la autoestima. El niño pierde autoestima cuando pierde amor y la logra, cuando recupera amor. Es esto lo que hace que los niños sean educables -comenta Fenichel-. Todo sentimiento de culpa hace decrecer la autoestima, todo ideal que se cumple, la eleva.

#### f) Kohut y la Psicología del Self.

Una teoría que pertenece a la escuela de las Relaciones de Objeto y avala satisfactoriamente conceptos que interesa relacionar con el tema de esta investigación es la de la Psicología del Self y sus aportaciones al estudio del narcisismo de Kohut.

Kohut (1913-1981) al comienzo de su actividad, al igual que



muchos de sus colegas contemporáneos, estuvo muy influenciado por la teoría de Hartmann (1939) y otros psicólogos del Yo, pero poco a poco fue alejándose de los postulados de estos autores para proponer lo que finalmente formalizó en una nueva teoría clínica.

Hartmann (1950 en Rodríguez Cortés, 1994) propuso la siguiente definición del concepto del self: "La palabra self se traduce habitualmente en español como 'sí mismo'. El yo, como instancia psíquica, sería sólo una subestructura de la personalidad. El self o imagen de sí mismo estaría compuesto por subestructuras entre las cuales no sólo se cuenta el yo sino también están el superyó y el ello: lo opuesto a la catexia del objeto no es la catexia del yo, sino la catexia de la propia persona, es decir, la catexia de sí mismo; al hablar de la catexia del sí mismo no damos a entender se esa catexia está situada en el ello, el yo o el superyó. Esta formulación toma en cuenta que en realidad encontramos narcisismo en los tres sistemas psíquicos; pero en todos estos casos hay oposición a la catexia objetal (y reciprocidad con ella). Por eso debe ponerse en claro si definimos el narcisismo como catexia libidinal no del yo, sino del sí mismo". (en Bleichmar y Bleichmar, 1989; pág. 52).

En realidad Kohut está interesado en el narcisismo como una catexia del self y éste es el "núcleo de nuestra personalidad" (Kohut y Wolf, 1978; pág. 334).

Para Kohut existen objetos que se utilizan al servicio del self y para el mantenimiento de su energía instintual y otros que son experimentados como parte del self. A estos últimos los llamó "self-objects" u "objetos del self".

Los objetos del self pueden ser de dos tipos: un objeto del "self grandioso" que proporciona las ambiciones y metas, y otro llamado "imago parental idealizada", de cuya internalización surgen los ideales del self. Esto da por resultado un sí mismo con estructura bipolar. Cabe la posibilidad, según el tipo de relaciones objetales primitivas, que un sujeto tenga altamente catectizada la representación de sí mismo grandioso y contrariamente, el polo idealizado sea débil, endeble o viceversa.

Entre ambos polos se establece un arco de tensión que determina "...las actividades básicas de una persona a las que se ve 'impulsada' por sus ambiciones y 'guiadas' por sus ideales" (Kohut, 1977; pág. 130).

A estos dos polos -el grandioso y el idealizado- Kohut agregó un área intermedia, descrita como el espacio de "las aptitudes y los talentos", que corresponde al alter-ego, concepto que Kohut define como un vínculo de un objeto del self

que es vivenciado como un gemelo, y con éste, compartirá ideales, ambiciones y metas.

En cuanto a la evolución de la constitución del self con respecto a sus relaciones objetales Kohut señala las siguientes proposiciones principales:

a) El niño llega al mundo con un self rudimentario que inicia su desarrollo inmediatamente después del nacimiento y comenta al respecto: "En el momento en que la madre ve por primera vez a su hijo y también está en contacto con él (a través de canales táctiles, olfatorios y propioceptivos mientras lo alimenta, lo tiene en sus brazos, lo baña), tiene su virtual comienzo un proceso que establece el sí mismo de una persona y que continúa durante toda la niñez y, en grado menor, en la vida adulta. Me refiero a las interacciones específicas del niño y sus objetos del sí mismo a través de las cuales, en incontables repeticiones, los objetos del sí mismo responden con empatía a ciertas potencialidades del niño (aspecto del sí mismo grandioso que aquel exhibe, aspectos de la imagen idealizada que admira, talentos innatos distintos que utiliza para realizar de manera creativa sus ambiciones e ideales), pero no a otras". (1977, pág. 80).

b) Las funciones de los objetos del self son internalizadas a través de un proceso que Kohut llamó "internalización transmutativa" y esto permite la cristalización del self nuclear.

c) El siguiente paso consiste en suministrar a la criatura frustraciones tolerables: "...esas deficiencias llevan al reemplazo gradual de los objetos del self y sus funciones por un self y sus propias funciones" (Kohut y Wolf, 1978; pág. 340). El resultado final del proceso es un self cohesivo, autónomo, diferente a las réplicas de los objetos del self que pueden surgir en el curso del desarrollo.

El self grandioso, convenientemente integrado, proporciona el combustible instintual para que se haga presente en las formas maduras de autoestima positiva, en la autoconfianza, en la capacidad para aceptar los logros, sin vergüenza ni culpa, y, asimismo, en la capacidad para tolerar las fallas sin derrumbarse, sin sufrir de un colapso narcisista y hasta tener la capacidad de reirse de uno mismo.

La imagen parental idealizada ha de evolucionar hacia la formación de un superyó que sirva de guía, de autoprotección. En ella subyacen las formas maduras de admiración por los otros, la capacidad para entusiasmarse, etc. También aquí se encuentra anclada la capacidad de "empatía".

Entre las ambiciones del self grandioso y los ideales en la

imago parental idealizada se da un arco de tensión que involucra las habilidades reales del sujeto quien tiene que buscar un equilibrio entre las ambiciones y las metas. De la armonía en estos elementos, es decir, ambiciones, capacidades y metas, la conducta será más adaptativa.

g) Las aportaciones de la Psicología del Yo al estudio de la sublimación y la adaptación.

González Nuñez menciona en su artículo sobre "Psicoterapia, Reparación y Contratransferencia" (1987): "la sublimación es un proceso mediante el cual la energía asociada a contenidos reprimidos se libera y se dirige a metas constructivas y reconstructivas socialmente aceptadas para el Yo, que generalmente reconoce su epigénesis en la edad de la latencia. El concepto de sublimación generalmente no se involucra en la relación de objeto, pero a este proceso lo ubicamos desde el punto de vista metapsicológico, podemos pensar en procesos sublimatorios desde la fase oral en la medida que el Yo posee raíces innatas (Hartmann, 1969), con energía propia que pone al servicio de la supervivencia y desarrollo adaptativo del mundo interno al mundo externo y viceversa. Esa energía del Yo, puesta al servicio de la adaptación tiene fines constructivos y reconstructivos para el propio sujeto y sus objetos. Si bien es cierto que se consolida y se practica en la edad de la latencia, sí podemos inferir que su génesis es anterior a esa edad". (pág. 22).

Laplanche y Pontalis (1971) comentan que: " el término sublimación, introducido por Freud evoca a la vez la palabra <sublime> utilizada especialmente en el ámbito de las bellas artes para designar una producción que sugiere grandeza, elevación, y la palabra <sublimación> utilizada en química para designar el proceso que hace pasar directamente un cuerpo del estado sólido al estado gaseoso" (pág. 415).

Los representantes de la Psicología del Yo (Hartmann, Lowenstein, Kris, Anna Freud, etc.), quienes toman como punto de partida la teoría tripartita del aparato psíquico que postulara Freud en 1923, conciben al yo como una organización relativamente independiente, en compleja interacción con el mundo externo y con las demandas instintivas del ser humano. En "La Psicología del Yo y el problema de la adaptación" (1980), Hartmann asentó los fundamentos para explicar la relación del individuo con la realidad biológica y social, y con los mecanismos de defensa de su mente y las demandas instintuales.

Hartmann comienza el estudio de las funciones del yo señalando que, aunque el yo se desarrolla como resultado del conflicto ésta no es la única raíz de su desarrollo. Distingue

dos grandes tipos de funciones yoicas: las que están implicadas de manera específica en el conflicto (defensas) y las que se desarrollan fuera del mismo, tales como la percepción, el pensamiento, la memoria, el desarrollo motor, la marcha y los procesos que permiten el aprendizaje, a las que llamó "autonomía primaria".

Hartmann comenta que el recién nacido humano normal se adapta desde el principio a un ambiente típico esperable, esto es, que existe un estado de adaptabilidad antes de que se inicien los procesos de adaptación intencional. También enfatiza que se debe considerar no sólo la temprana infancia sino también la capacidad de conservar su adaptación en la vida posterior. En la vida del individuo, las funciones autónomas del yo no se limitan a aquellas presentes en la infancia. Durante la socialización en esta etapa y en sus complejas adaptaciones posteriores a las exigencias de la sociedad, el hombre modela diversos patrones de conducta, estructuras de carácter, dispositivos del yo y tendencias. Todas estas estructuras del yo secundariamente llegan a ser parte de la esfera libre de conflicto mediante un cambio de función. Esto es, ciertas funciones del yo surgidas inicialmente del conflicto entre el ello (el impulso) y la realidad o la defensa, pueden más tardíamente en el desarrollo independizarse del impulso o el conflicto que les dio origen, de tal manera que logran una autonomía que Hartmann denominó secundaria. Con esta noción busca explicar el hecho de que determinado rasgo del yo, supóngase un elemento obsesivo, puede transformarse en defensa contra el impulso en un aspecto de carácter con posibles aplicaciones prácticas y adaptativas. Es el caso, por ejemplo, de la capacidad de proseguir una meta a través de etapas sucesivas.

Hartmann (1939) utilizó el término "neutralización" para describir la sublimación tanto con respecto al impulso sexual como al impulso agresivo, a diferencia de Freud que lo hizo sólo con respecto al impulso sexual. La energía neutralizada puesta así a disposición del yo puede explicar la autonomía secundaria de algunas de sus funciones. El autor aclara que no toda la energía neutralizada deriva de los impulsos, parte de ella es primaria y autónoma.

Asimismo, la estabilidad de la autonomía secundaria puede medirse en términos de su "capacidad de resistencia a la regresión" que participa en el "proceso creativo".

Asimismo, la teoría del Hartmann destaca que es posible distinguir tres capacidades adaptativas (Bleichmar y Bleichmar, 1989): el individuo puede optar por cambiar él mismo para adecuarse a su medio, puede también intentar la modificación del medio para lograr que éste se adecuó a él y, por último, puede decidir el cambio de ambiente hacia uno que le resulte más

adecuado. Las dos primeras modalidades fueron mencionadas por Freud, quizás siguiendo a Ferenczi (Strachey, A.E. XIX, pág. 195), como <cambios autoplásticos> y <cambios alopásticos> respectivamente. La última es una aportación original de Hartmann". (pág. 50).

#### h) La función yoica dominio-competencia

Su estudio resulta importante especialmente para este trabajo para diferenciar a los individuos en relación a su grado de competencia activa, el afrontamiento de situaciones, la superación de obstáculos y la actualización de potencialidades.

Freud en varios escritos menciona algunas ideas sobre la existencia de esta función. Así, en 1905, en sus "Tres ensayos sobre una teoría sexual", atribuye el "instinto para el conocimiento" en parte a la curiosidad sexual y en parte, a una forma sublimada de obtener dominio. En 1911, al hablar del principio de realidad y aquellas situaciones de dominio que surgen de él, por lo que la atención, la prueba de realidad y el pensamiento, son necesarios y relevantes a la experiencia de dominio. En 1915, describe el sentimiento de autoestima y competencia, siendo generados en gran parte al logro personal. Explica como la autoestima, aparece en relación a la expresión del tamaño del Yo, el cual se forma a partir de todo lo que una persona posee o logra, o sea, de cada remanente del sentimiento primitivo de omnipotencia que se confirma con su experiencia ayudando a aumentar su autoestima. Aunado a esto están los esfuerzos para lograr el dominio sobre el cuerpo y obstáculos externos, característicos de la fase anal.

Freud en 1920, en "Más allá del principio del placer", explica como la repetición es una actividad basada en un intento de dominar la situación por medio de un desempeño activo. Por otro lado, menciona que el juego está influenciado por el deseo de "ser grande" y ser capaz de realizar lo que los padres hacen. En 1939, en "Esquema del Psicoanálisis" enfatiza que la principal característica del Yo está dada por el aprendizaje para inducir y lograr cambios convenientes en el mundo externo, para su propia ventaja, lograda a través de la actividad.

Adler (1939 en Lasky, 1988) menciona que aquellas características de un individuo como son el logro personal y el dominio sobre el medio externo se contraponen al desamparo, la dependencia y el sentimiento de inferioridad, y que pueden ser el resultado de la negligencia paterna.

Hendrick (1947 en Lasky, 1988) define "dominio" como un impulso innato en el individuo con el fin de "hacer" y "aprender como hacer". Añade que el funcionamiento del Yo, es entendido como un aspecto defensivo que implica funciones de logro y dominio. Enfatiza que el "instinto para dominar" parece

determinar más el comportamiento del niño durante sus primeros dos años que las necesidades de placer sensual. Menciona que el propósito del dominio es ajustar el medio externo a uno mismo. Asimismo, afirma que la conducta repetitiva es en sí misma el instinto de dominar.

Cameron (1936) en Lasky (1988) estima que aspectos de la personalidad, tales como: la adaptación, la maduración y el dominio, están íntimamente relacionados. Considera que en el dominio, la gratificación a través de la descarga directa, surge de una ejecución de maniobras complejas y estima que el fin es de menor importancia que el modo de conseguirlo.

White (1967, en Lasky, 1988) es uno de los autores que han estudiado e investigado más acerca de la función dominio-competencia. En 1959, define competencia como: "la capacidad que tiene un organismo para interactuar activamente con su medio, adquirida lentamente a través de prolongadas ejecuciones de aprendizaje". Estima que la necesidad de motivación para adquirir dicha competencia no puede ser derivada totalmente de fuentes de energía de los impulsos, sino que existen energías independientes, características del Yo, las cuales pueden explicar conductas como: la exploración, la cognición, el desarrollo de los planes, la manipulación, la locomoción, el lenguaje, la habilidad motora y las acciones intencionales; las cuales no han sido tomadas muy en cuenta por la teoría psicoanalítica.

En 1960, White (en Lasky, 1988) limita el concepto de competencia, señalando que conductas como: la relación sexual, el disfrutar de la comida, el amar a los niños, el disfrutar de la belleza y del arte, etc.; no están directamente relacionadas con la competencia pero que sin embargo, dichas conductas, junto con un sentimiento de competencia, son necesarias para llegar a la madurez.

Asimismo White (1967) señala que la falta de confianza en uno mismo puede dar como resultado la ausencia de sentido de competencia por lo que este aspecto o funcionamiento del Yo puede ser considerado para diferenciar entre "salud" y "neurosis", ya que sentimiento de competencia significa el grado en que una persona se puede sentir capaz de producir efectos deseados sobre su medio tanto animado como inanimado, o sea, que tan capaz se siente de asegurar las metas que son importantes para él, y poder conseguir reacciones de otras personas que él deseé.

Rapaport (1961) no está de acuerdo con la teoría de White acerca del dominio ya que éste lo define como voluntario y para Rapaport las motivaciones son involuntarias y además pone en duda que una motivación sea la base del potencial de dominio.

Hartmann (1969) define a la adaptación en términos de dominio de la realidad, productividad, habilidad para gozar la vida y el equilibrio mental.

González-Núñez, Romero y De Tavira (1986) describen a la función Dominio-Competencia como:

a) El grado de competencia o ejecución de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio ambiente, así como para dominarlo activamente e influir sobre él.

b) El grado de subjetividad o sentimiento del sujeto sobre su competencia en relación con el dominio activo de su medio ambiente y su influencia de él; expectativas del sujeto acerca del éxito en sus actividades, es decir, se siente en relación con lo que hace y con lo que puede hacer. El sentido de competencia se evalúa comparándolo con la competencia real del individuo.

c) El grado de discrepancia entre el componente A y el componente B; es decir, entre la competencia real y el sentido de competencia. Puede ser negativo -la competencia real supera el sentido de competencia-, equilibrado -la competencia real y el sentido de competencia son congruentes-, y positivo -el sentido de competencia supera a la competencia real- como ocurre con un sentido de competencia exagerado en comparación con la ejecución.

Los autores resumen lo antes mencionado diciendo esta capacidad de dominar al medio con recursos propios, teniendo tres componentes: la actuación objetiva relacionada con el propio caudal de experiencia; un sentido objetivo de competencia o expectativa de éxito y el grado de concordancia entre la actuación real y las expectativas.

Bellak y Meyers (1975 en González Núñez, Romero y De Tavira, 1986) plantean las siguientes preguntas para evaluar esta función en el paciente: ¿El paciente se considera "grandioso" en forma poco realista?, ¿es más bien obstinadamente pesimista?, ¿tiene pocos logros?. Mencionan que los rasgos de carácter pasivo o masoquista entorpecen el realismo, favorecen el pesimismo y limitan los logros.

#### i) Trabajo, vocación y reparación.

"Nació para artista, se nace vendedor, va a ser un genio... etc." Hace 400 años Huarte de San Juan escribió su examen de los ingenios. Su teoría estaba basada en una fundamentación biologicista. Sin embargo, ¿qué es lo que determina la naturaleza de los seres humanos en cuanto a vocación y éxito en

la vida.?" (Cuburú, 1991).

Para Melanie Klein (1960), el bebé nace atemporal, alógico, amoral, pero la realidad le va imponiendo sus reglas a través de la madre, quien para ponerlo en contacto con la realidad tiene una importantísima función ambivalente: frustrarlo y complacerlo.

En la medida en que esta doble función sea administrada "apropiadamente" el bebé desarrollará la capacidad de integrar ambas experiencias en un sólo objeto: lo bueno y lo malo.

Melanie Klein en su obra "Envidia y gratitud" de 1960, hace una brillante exposición de su teoría al respecto. La integración de esta experiencia ambivalente implica la capacidad de duelo. En ese momento a lo que renuncia el bebé es a la omnipotencia y se entristece por ello. "Esta renuncia a la omnipotencia significa que es capaz de elección ya que renunciar es elegir, tarea permanente durante el resto de la vida" (Bohowlasky, 1984, pág. 54). El estado de omnipotencia referido no es otro sino la unidad prenatal con la madre o Yo Ideal.

El concepto de reparación que parece explicar muchas conductas implica un Yo capaz de realizarlas, es decir, un Yo fuerte.

Wender (1961 en Cuburú, 1991) postula la hipótesis de que las vocaciones expresan respuestas del yo ante llamados internos, llamados de objetos internos dañados que piden, exigen, imponen, sugieren ser reparados por el Yo.

Freud (1927) respondió en alguna ocasión que el hombre para ser feliz debía amar y trabajar. "Amar" en el sentido de la ternura, el cariño, el respeto, la filiación y la ética, y "trabajar" en el sentido conducente hacia la creatividad, es decir tratar de que el trabajo le brinde al hombre esta posibilidad de reparar y reconciliar (función terapéutica que se consigue sólo si la elección de ocupación atiende a los reclamos pulsionales del individuo).

El trabajo supone un Cómo, esto es un vínculo con los objetos.

"Como conducta supone un Por qué y un Quién, ese quién es histórico, posee una historia respecto a la cual puede tener mayor o menor autonomía y tiene un proyecto que es el modo anticipado de realizar actitudes. Un modelo y un ideal singular, irrepitable" (Bohowslavsky, pág. 67).

Bohowslavsky menciona que las primitivas fantasías omnipotentes pueden integrarse (ponerse al servicio del Yo) y eso es lo que ocurre en el caso de una identidad profesional



sana. Kris y Hartmann (1950) hablan de la creación artística por medio de la regresión adaptativa al servicio del Yo.

Si la identidad profesional es un aspecto del self, expresaría la manifestación adulta normal de la omnipotencia infantil. Agrega Bohoslavsky que esta expresión adulta de las primitivas fantasías omnipotentes puede estar o no integrada al resto de la persona. En este caso se constituirían en defensas. La escisión, rigidez y estereotipia reflejan una "característica" profesional pero no una verdadera identidad profesional.

"Toda técnica, sobre todo por lo que tiene de ritual, constituye un depositario óptimo de fantasías omnipotentes ligadas a la magia del gesto, la palabra o la acción" (Bohoslavsky, pág. 46).

Hendrick (1943 en Cuburú, 1991) habla del "principio laboral" basado en el instinto de dominar el propio ambiente. El instinto de dominio hace que el individuo integre su comportamiento y desarrolle habilidades para la ejecución de ciertas tareas. De esta manera, este autor concluye que el placer laboral representa una forma de gratificación del instinto de dominio. La satisfacción laboral, es por tanto, una función del Yo, ya que no constituye un placer sexual sublimado.

Por otra parte, la elección vocacional constituye un dominio de la conducta en la cual la sociedad permite al individuo combinar los principios de placer y de realidad. Dice Brill (1949 en Cuburú, 1991): "El principio del placer impulsa al individuo a comportarse de manera tal que pueda obtener una gratificación inmediata, olvidándose de las consecuencias futuras de sus acciones, mientras que el principio de realidad centra su atención sobre gratificaciones eventuales y de mayor duración a costa de las inmediatas" (pág. 32).

Así, se logra una satisfacción inmediata mientras que también se sientan las bases para los éxitos futuros como los son: el prestigio, la posición social, la seguridad económica, etc.

Brill (1949, en Cuburú, 1991) elaboró un tema relacionado con la sublimación: "los impulsos y la personalidad conducen al individuo a escoger una carrera donde pueda satisfacer los impulsos básicos por medio de la sublimación" (pág. 39). Entre las ideas de este autor está la interesante noción de que las vocaciones representan "manías caprichosas" de las que el individuo no tiene necesidad.

En la psicopatología, la pereza se podría considerar como la prolongación de las conductas infantiles y el exceso de trabajo como una tendencia a controlar deseos de la libido

infantil a través de la negación (Oberndorf, 1951 en Cuburú, 1991).

j) Algunos tipos de carácter relacionados con el concepto de motivación al éxito desde el punto de vista psicoanalítico.

Freud en 1916 escribió tres ensayos sobre algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico y que fueron publicados en el último número de 1916 de la Revista "Imago". Freud escribió la siguiente nota introductoria: "Cuando el médico lleva a cabo el tratamiento psicoanalítico de un neurótico, su interés en modo alguno se dirige en primer término al carácter de éste. Mucho más le interesa averiguar el significado de sus síntomas, las mociones pulsionales que se ocultan tras ellos y que por su intermedio se satisfacen y las estaciones del secreto camino que ha llevado de aquellos deseos pulsionales a estos síntomas. Pero la técnica que le es forzoso obedecer lo obliga pronto a dirigir su apetito de saber primeramente a otros objetos. Nota que su investigación es puesta en peligro por resistencias que el enfermo le opone, y le está permitido imputar tales resistencias al carácter de éste. Y entonces ese carácter cobra primacía en cuanto a su interés. Eso que se muestra renuente al empeño del médico no siempre son los rasgos de carácter que el enfermo confiesa y le son atribuidos por quienes lo rodean. Hartas veces se acrecientan hasta una intensidad insospechada propiedades del enfermo que él parecía poseer sólo escasamente, o salen de él a la luz actitudes que no se habían traslucido en otros vínculos de la vida. En las líneas que siguen nos ocupamos de describir y reconducir a su origen algunos de estos sorprendentes rasgos de carácter" (pág. 317).

Freud habló en su artículo de tres tipos de carácter: "Los excepcionales", los que "fracasan ante el éxito" y los que "delinquen por sentimientos del culpa". Por el tema de esta tesis se tomará el segundo ensayo para entender lo que se conoce con el nombre de "neurosis de fracaso".

Freud introduce a este ensayo mencionando que el trabajo psicoanalítico ha mantenido la tesis de que la gente se enferma de neurosis como resultado de la frustración, es decir, la frustración de la gratificación de los deseos pulsionales. Para que se genere una neurosis debe existir, entonces, un conflicto entre los deseos libidinales de una persona y su yo, el cual es la expresión de su instinto de autoconservación y el cual, también incluye los ideales de la personalidad. Recuérdese que aquí Freud todavía no hablaba del superyó. Continúa diciendo que la privación, la frustración de una satisfacción real, es la primera condición para la generación de una neurosis. Hay algunas personas que fracasan al alcanzar el éxito: una de tales, dice Freud, es Lady Macbeth, personaje al que Shakespeare

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

sacó de su pluma. Freud presenta un análisis extenso de este personaje literario.

Posteriormente comenta que el psicoanalista prácticamente sabe cuán frecuentemente o cuán invariablemente, una muchacha que entra como sirvienta o institutriz a una casa, puede, consciente o inconscientemente, urdir una ilusión, la cual deriva del complejo de Edipo, consistente en que la señora de la casa desaparece y el señor toma a la recién llegada como su esposa. El trabajo psicoanalítico, agrega, enseña que las fuerzas de la conciencia que inducen a la enfermedad como consecuencia del éxito, y no como consecuencia de la frustración, como sucede normalmente, están estrechamente relacionadas con el complejo de Edipo, la relación con el padre y la madre, como quizá lo está también todo sentido de culpa en general.

Freud en 1908 en su artículo intitulado "El carácter y el erotismo anal" definió un rasgo de carácter como "el resultado de las actividades de la red intercambiable de pulsiones originales, de las sublimaciones y de las formas reaccionales" (pág. 164).

Fenichel (1988) considera los rasgos de carácter como formaciones de compromiso entre pulsiones y defensas del yo, tanto para organizar como para bloquear esas pulsiones. Los primeros rasgos de carácter se denominan en general "sublimativos" y los segundos "reaccionales".

Los rasgos de carácter sublimativos que propone Fenichel tienen por objeto satisfacer las pulsiones y evitar la inhibición; concurren al funcionamiento normal del yo, sin empobrecerlo por medio de un consumo suplementario de energía, como los rasgos reaccionales si lo hacen. Los rasgos de carácter sublimativos actúan tanto sobre las pulsiones agresivas como sobre las pulsiones sexuales. Se dirigen hacia la integración de esas pulsiones en el funcionamiento no obstaculizado del yo, y contribuyen asimismo a una reunión, a una vinculación de los dos grupos de pulsiones entre sí. Por otra parte, sigue siendo evidente que esta convergencia positiva de las pulsiones sólo puede hacerse bajo la preponderancia de los elementos libidinales; de lo contrario, prevalecería la tendencia a la divergencia, y el yo se hallaría en la obligación de buscar nuevos mecanismos defensivos, lo que implicaría su superación del cuadro caracterial y su ingreso en el dominio sintomático.

En la limpieza anal del niño aparecen rasgos de carácter sublimativo cuando las heces adquieren valor relacional positivo, primero frente a la madre y luego ante los otros en general, así como en el interior del propio cuerpo. Más tarde, si ese segundo juego anal llega a invertir poco a poco otros

rasgos sublimativos, libidinales, en un segundo momento se convertirá en una limpieza sublimatoria que engloba entonces una cantidad de elementos edípicos en el movimiento regresivo parcial, provisorio e indispensable en la latencia.

Nacht y Saughet (1969 en Bergeret, 1987) comentan que también la curiosidad puede constituir un rasgo de carácter sublimatorio que permite las investigaciones y las primeras elaboraciones genitales al mismo tiempo que origina intereses sociales y culturales. El impulso "epistemológico" lo han trabajado en forma importante Freud y Klein en sus escritos. Freud lo analizó exhaustivamente en su artículo de 1910 llamado "Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci".

Fenichel (1988) dice que los rasgos de carácter reaccionales corresponden a elementos constantes de la personalidad destinados a operar, al precio de ciertas deformaciones del yo, defensas suplementarias y costosas contra las representaciones pulsionales perturbadoras o sus elaboraciones fantasmáticas eventuales. El caso de la limpieza en la mecánica obsesiva es el ejemplo más común.

Bergeret (1987) dice por que por otra parte existen rasgos reaccionales tanto a nivel de las pulsiones del yo como de las pulsiones sexuales o agresivas; y agrega: "los avatares del narcisismo pueden generar reacciones de orgullo ante el sentimiento de inferioridad, tanto como reacciones de desprecio a sí mismo que a veces contrabalancean una inaceptable necesidad de dominar. Las actitudes ambiciosas pueden recubrir tanto una inferiorización afectiva como desbordamientos activistas que pueden responder a una profunda pasividad psíquica" (pág. 314).

CAPITULO III. EL TABAQUISMO1) Antecedentes históricos del tabaquismo.

El tabaco (nicotina tabacum) es una planta que se usa desde hace siglos. Originaria de América, los españoles encontraron que se fumaba en las Antillas, México, Brasil, la Florida y Virginia (Tapia, 1987). El 12 de octubre de 1492, Cristóbal Colón, al desembarcar en la isla de Guanahaní, vió por primera vez a los nativos fumar una planta llamada por ellos "cohiba o cogiva". Rodrigo de Jeréz y Luis de Torres, enviados por Colón a tratar con los habitantes del interior de la isla observaron que un cacique cubano llevaba siempre "un tizón en las manos y ciertas hierbas para tomar sus sahumerios que son hierbas secas metidas en una cierta hoja seca también, a manera de mosquito y encendido una parte de él, y por la otra chupar o sorber con el resuello por adentro de aquel humo, con el cual, se adormecen las carnes y casi se emborrachan, y así, dizque no sienten cansancio" (Aragonés, 1981, pág. 5).

No están de acuerdo los historiadores acerca del origen de la palabra "tabaco". Aragonés (1981) menciona que se piensa procede de la confusión que tuvieron los españoles al atribuir a la planta el nombre del recipiente (pipa) en que se fumaba, que era llamado "tabasco". Así lo refieren Bartólome de las Casas y Fernández de Oviedo citados por Vergés (1963): "Aquel instrumento con que toman humo, llamándolo los indios "tabasco" y no a la hierba o sueño que les toma" (pág. 28). Para otros la palabra procede de Tobago, isla donde también se fumaba. Asimismo, también se dice que los haitianos denominaban a la planta y al acto de fumar con el vocablo "tabacco" (Bravo, 1993).

Por otra parte, acerca de la palabra "cigarro" se cree que deriva del maya "sik-ar" que significa fumar. Los Aztecas llamaban al tabaco "picietl" y a la pipa "acayatl" (León, 1903 en Arágones, 1981).

Fray Romano de Pane en 1518 lo llevó a España, siendo emperador Carlos V y Fray Thevet lo llevó a Francia. En 1560, Jean Nicot, embajador de Francia en Lisboa, difundió el uso del tabaco en su país en donde la Reina Catalina de Medicis, admirando los efectos del tabaco al curarle de sus jaquecas fomentó su cultivo como planta medicinal. A esto se debe que se le llamara "hierba de la reina o catalinaria nuda" o también "hierba del embajador o nicotiana" como la llamo Linneo en honor a Nicot. Sir Walter Raleigh y Sir Francis Drake la dieron a conocer en Inglaterra. El Cardenal español Santa Cruz la llevó a Italia, Filipinas y Japón.

En América los nativos la usaban para fumarla, masticarla o inhalarla por los poros nasales (rapé). Se han encontrado en yacimientos prehistóricos pipas para tabaco, lo cual indica su remoto uso. Cigarros envueltos en hojas de maíz, las hojas envueltas en rollo, las pipas tubulares y de hornillo fabricadas con distintos materiales y procedimientos, son conocidas cuando menos desde la época tolteca (siglos IX al XII d.c.). (West, 1934 en Arágonés, 1981).

La práctica de beber humo llamó la atención de los europeos como una de las maravillas del Nuevo Mundo. Su uso inicialmente fue medicinal. La hierba se expendía en boticas como hierba preciosa como parte de los medicamentos que figuraban en la farmacopea. Posteriormente se usó como lujo y una moda para finalizar en un hábito muy generalizado. Se considera que actualmente no existe pueblo o tribu que no utilice el tabaco.

El origen del fuerte apego al tabaco parece ser filogenético. Desde tiempos remotos el fuego y lo relacionado con él, ha servido al hombre para mitigar su incertidumbre ante los fenómenos que lo rodean; una especie de "magia" que se usa para tranquilizarse o, por el contrario, para alentarse en las acciones que hay que emprender; una especie de muletilla o escudo contra las exigencias de la vida y un rito festivo.

El tabaco fue para los indios objeto de rituales religiosos, de magia médica y de ceremoniales. Los sacerdotes indios lo usaban en sahumero o como incienso, en ahumadas, succiones, emplastos, vomitivos, brebajes, polvos e inhalaciones. Sus aplicaciones en magia curativa y posesoría hicieron creer a los comentaristas que su uso era "inspiración diabólica, propenso a vicio y pecado". (La Barre, 1972 en Aragonés, 1981, pág. 18).

Ball en 1986 comenta que Jean de Brebeuf, explorador francés del siglo XVII mencionó "ellos (los indios de la tribu Hurón) piensan que no hay nada tan apropiado como el tabaco para apaciguar las pasiones, por eso es que nunca asisten a un consejo sin una pipa o calumet en la boca. El humo les proporciona inteligencia y les permite ver claramente los problemas más intrincados" (Ball, 1986; pág. 229).

"Pero no todo fue grato para los primeros fumadores del Viejo Mundo" comenta Bravo (1993 en Aragonés, 1981). Durante los siglos XVI y XVII, se prohibió su uso por ordenanzas reales, bulas pontificias y decisiones sinodales. Durante el reinado de Jacobo I se prohibió en Inglaterra. Los Papas Urbano VIII e Inocencio XII publicaron bulas de excomunión para los fumadores en 1624 y 1690, respectivamente. En Prusia hasta 1848 se prohibió fumar por las calles. Amurat III de Turquía prohibió fumar en su reino por decreto siendo castigado el infractor

hasta con la muerte. También se prohibió en Rusia en la época del Zar Miguel Feodorovitch.

En culturas primitivas, el tabaco y sus derivados siempre se utilizaron como agentes inductores de trances en ceremonias religiosas, de brujería o adivinación, así como en magia curativa. Estos hallazgos fueron los que hicieron pensar a Janiger y Dobkin (1973) que el tabaco tiene o tuvo propiedades alucinógenas y que por lo tanto su uso se incluyera entre los indios del Nuevo Mundo en su herbolaria para provocar un estado de alteración de la conciencia.

Heiser (1969 en Aragonés) menciona que el tabaco "noqueaba" literalmente a los indígenas que lo usaban. Janiger y Dobkin (1973) enlistan más de 50 usos del tabaco para fines ceremoniales y curativos, entre los cuales se mencionan: tratamiento del insomnio, como purgante, en la limpieza de heridas, parasitosis cutáneas, diarrea, curación de caries, dolores de cabeza, reumatismo, dolores musculares, para quitar la fatiga, el hambre, la sed, etc.

En el siglo pasado se intentó descubrir las propiedades médicas del tabaco. Thompson y col. (1842 en Aragonés, 1981) confirmaron la supresión y curación de convulsiones histéricas en una mujer a la que se le aplicó tabaco en la región epigástrica. Diver (1845) también citado por Arágones, descubrió que la aplicación local era capaz de disminuir el dolor de espasmo muscular. También cita a Ranney (1848) quien aseguró que los mismos resultados se obtenían usándolo en forma de enema. Arágones asimismo menciona hallazgos de Hepburn y Jones. El primero en 1880 informó que el dolor de muelas desaparecía al fumar. Jones en 1887 describió los beneficios antisépticos del cigarro resultado de la mezcla de tabaco, eucalipto, iodoformo y café.

Es probable que la planta de tabaco originalmente tuviera determinados alcaloides en mayor concentración que en la actualidad que incitaban o embriagaban placenteramente, constituyendo así, una especie de analgésico para combatir el dolor, el hambre y la sed. Los navegantes cantaron las excelencias de la costumbre de fumar que les hacía más llevaderas las penalidades de la travesía y el duro trato con los nativos, adormeciéndolos y casi emborrachándolos, así como quitándoles el cansancio.

Con el tiempo la boga de la pipa y del tabaco picado fue sucedida por el uso de los cigarrillos. Su uso se extendió en Europa a mediados del siglo XIX, cuando los europeos regresaban de Turquía y allá los habían conocido. En la ciudad norteamericana de Richmond en el Estado de Virginia, se instaló poco después la primera máquina para la fabricación de cigarrillos.

Es hasta principios del siglo XX cuando el uso del cigarrillo se extiende en forma importante.

Ya desde 1959, un médico francés llamado Bovisson reportó por primera vez un estudio clínico sobre los efectos nocivos del cigarrillo para la salud (Hayashi, 1988).

Desde hace 40 años, aproximadamente, que quedó incontrovertiblemente demostrada la relación existente entre fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón, gracias a los estudios de Wynder y Graham en los años 50's (Aragónés, 1981) y de Bradford Hill (1952 también en Aragónés), con lo cual, el tabaquismo pasó a constituirse como uno de los problemas de Salud Pública de mayor importancia.



## 2. El Tabaco. Descripción.

El tabaco pertenece a la familia de las solanáceas. Aunque existen alrededor de 65 o más variedades de tabaco, todas son miembros del género "nicotina" y los más comúnmente comercializados incluyen a la "nicotiana tabacum" y a la "nicotiana rústica" (Rico, 1991).

Los componentes químicos de la hoja del tabaco incluyen carbohidratos, ácidos orgánicos no grasos, compuestos que contienen nitrógeno, resinas y otros ingredientes que se presentan en pequeñas concentraciones. Los carbohidratos y compuestos relacionados, son el principal componente de la hoja y representan alrededor del 50 por ciento. Los compuestos que contienen nitrógeno, tales como la nicotina y otros alcaloides, representan entre el 0.5% y el 5%; son significativos también los terpenos, polifenoles, fitoesteroles, ácidos carboxílicos, y en concentraciones bajas los alkenos, hidrocarburos aromáticos, aldehídos, lactonas y aminas. La distribución porcentual de estos compuestos puede cambiar dependiendo de la variedad del tabaco.

Al tabaco incandescente se le ha descrito como una fábrica química en miniatura debido a la multitud de componentes que se generan a partir de los materiales básicos.

Rico en 1991 menciona que el primer análisis del tabaco se realizó a mediados de 1800, pero sólo hasta 1954 fueron plenamente identificados alrededor de 100 componentes y a partir de esta fecha se fueron identificando cada vez más. En la actualidad se reconocen más de 7000 sustancias químicas en el humo del cigarrillo. Muchas de éstas se encuentran en pequeñas concentraciones y otras son productos reactivos inestables de la combustión por lo que su cuantificación resulta muy difícil. Estos componentes que se han encontrado en la llamada corriente central del humo del cigarrillo se presentan en niveles de subnanogramos, picogramos o femtogramos (Morán, Mier, Mejía y Pérez-Padilla, 1991). Sólo algunas de las sustancias como el monóxido de carbono y la nicotina se cuantifican en miligramos.

El tabaco procesado sin pitorizar tiene alrededor de 2500 o más sustancias químicas conocidas, pero además la hoja del tabaco absorbe los pesticidas, fertilizantes y otros agentes utilizados en la agricultura. Rico (1991) considera que alrededor del 20% de estos productos son incorporados a la planta del tabaco y transferidos a la corriente central del humo durante el proceso de fumar. Agrega "cuando se aspira un cigarrillo encendido el cono incandescente alcanza habitualmente temperaturas de 800 a 900 °C, con lo que se lleva a cabo la pitorización, y las temperaturas más bajas alcanzan entre 500 a 600 °C". (Rico, 1991; pág. 6).

El humo del tabaco tanto de la corriente lateral como de la central está compuesto de partículas líquidas comprimidas, a lo que se llama "fase particulada" y otras distribuidas en gas que se denomina "fase gaseosa" o "fase de vapor". Las partículas en aerosol que representan alrededor de 2 a 5 billones por milímetro de cigarrillo fumado, se encuentran eléctricamente cargadas por lo que a este proceso se denomina quimionización.

Cerca del 5% del peso total del humo corresponde a partículas monodispersas de aerosol, es decir, a la fase particulada y el 95% se encuentra en la fase gaseosa.

Los principales componentes del humo del tabaco generados en el cono incandescente son productos de la combustión e incluyen: agua, amoníaco, monóxido de carbono, dióxido de carbono y óxido nitroso. Otros constituyentes son los compuestos piro-sintetizados que incluyen benzeno y benzopireno. Ciertos aldehídos volátiles, aldehídos y nitrosos/nicotinas son parcialmente piro-sintetizadas o bien transferidas en forma íntegra.

a) Fase Particulada. Las partículas de esta fase son química y físicamente inestables y su tamaño dependerá de la aglomeración individual en el aerosol. Rico reporta que la Comisión Federal de Comercio de Estados Unidos, ha identificado 4,000 componentes la fase particulada. Una de las sustancias principales es la nicotina que se describirá, posteriormente en forma amplia. El otro es el alquitrán, al cual se le define como el peso seco del condensado del humo colectado menos el peso de toda la nicotina presente. Los alquitranes tienen un gran potencial como iniciadores tumorales, carcinógenos completos y cocarcinógenos.

b) Fase Gaseosa. La fase de gas o vapor es la porción del humo que pasa a través de un filtro Cambridge convencional que atrapa esencialmente todas las partículas iguales o mayores a una décima de micra. Contiene un gran número de componentes, aunque sólo algunos lleguen al final del cigarrillo sin cambios. La fase gaseosa del humo del tabaco es compleja, pero en menor grado que la fase particulada.

Más del 70% la constituyen el oxígeno, nitrógeno, monóxido de carbono y bióxido de carbono. Estos dos últimos son producto de la oxidación del tabaco en las zonas de alta temperatura del cono incandescente y por la decarboxilación en la zona de baja temperatura. A medida que se consume el cigarrillo estos gases se incrementan progresivamente.

Alrededor de 10 a 20 mg de monóxido de carbono se producen por cigarrillo. La hemoglobina tiene afinidad por éste y se combina con él en una proporción que varía entre el 5% y el 16%, formando carboxihemoglobina que indica toxicidad en la sangre y poco oxígeno en la misma.

La nicotina es la "droga" principal que contiene el tabaco y la responsable de la dependencia al mismo. Es un alcaloide. La cantidad de nicotina que se absorbe al fumar un cigarrillo es de alrededor 1 mg. con un rango de 0.5 a 1.5 mg. Los pulmones, el hígado y el bazo tienen alta afinidad por este alcaloide donde alcanza las mayores concentraciones; en cambio, los músculos y la grasa tienen poca afinidad por el mismo. La nicotina cruza libremente la placenta y se le encuentra también en el líquido amniótico, en saliva, secreciones mucosas, en la orina, así como en el pelo y en regulares concentraciones en la leche materna. Su eliminación es por vía urinaria y la mayor parte es desactivada por oxidación en el hígado.

La nicotina actúa sobre una amplia gama de neuroefectores con resultados tanto estimulantes como depresores. Cuando la nicotina se absorbe en forma de tabaco o en algunos pesticidas en forma rápida, puede producir efectos tóxicos más graves. La exposición directa de la nicotina líquida concentrada en la piel puede producir hasta la muerte por parálisis de los músculos respiratorios. La dosis letal de nicotina es de 40 a 50 mgs.

### 3. El tabaquismo como problema de salud.

A partir de 1964, fecha en que se realizó el primer informe del Cirujano General en Estados Unidos, sobre los daños potenciales en la salud por el uso del tabaco, se emprendieron en el mundo extensas campañas para abatir esta adicción. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el tabaquismo es responsable de más de tres millones de muertes al año; además de otros trastornos que ocasiona en el ser humano, entre los que destacan diversas enfermedades provocadas por el uso del tabaco, así como repercusiones sociales como el ausentismo laboral y escolar y la disminución de ingresos familiares.

Con respecto al problema, la Organización Mundial de la Salud elaboró las siguientes hipótesis que se encuentran en el Programa Nacional contra el Tabaquismo:

- Que el consumo de tabaco en todas sus formas es incompatible con el logro de la salud para todos en el año 2000

- Que la presencia de carcinógenos y sustancias tóxicas en el tabaco es un hecho conocido; y que se ha puesto en evidencia científicamente la relación entre el consumo y todo un grupo de enfermedades mortales e incapacitantes.

- Que el tabaquismo pasivo, impuesto o involuntario, viola el derecho a la salud de los no fumadores, que deben protegerse contra esta forma perniciosa de contaminación ambiental.

Las investigaciones a nivel mundial han demostrado que el tabaquismo es una adicción y un problema endémico al que contribuye una amplia gama de factores biopsicosociales. La nicotina después de algún tiempo de inhalar tabaco, es la responsable, tanto de la dependencia biológica como de la psicológica; además, el ocio, el estrés, la necesidad oral, la asociación del tabaco con ciertas prácticas, consumos, y diversas actitudes individuales, acentúan el hábito y provocan la dependencia psicológica.

Se han acumulado pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre tabaquismo y morbimortalidad. La relación de la mortalidad, según el Programa Nacional contra el tabaquismo (1992) para adultos fumadores contra adultos no fumadores es de casi 1.7; esta relación consiste en la relación del número de muertes observadas en fumadores entre el número esperado en no fumadores. La relación de mortalidad en fumadores aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración

del tabaquismo. Las relaciones de mortalidad son también mayores para quienes empiezan a fumar a edades más tempranas. Además de influir en la mortalidad, el tabaquismo es causa de mayor morbilidad. Tanto en hombres como en mujeres fumadoras, se reportan más afecciones agudas y crónicas, así como diversas enfermedades en comparación con la gente que nunca ha fumado.

Se han determinado algunos factores que modifican la morbimortalidad por el tabaquismo, que son: (Tapia, 1986)

- a) Número de cigarrillos al día
- b) Edad al iniciar el hábito
- c) Duración del hábito
- d) Tipo de tabaco y cigarrillos
- e) Fumar pipa o puro
- f) Dejar el cigarrillo en la boca entre fumadas
- g) Fumar el cigarrillo hasta el final
- h) Suspensión del hábito

a) El hábito de fumar y el cáncer

El hábito de fumar no sólo pertenece a los países desarrollados, lo encontramos en todos los países del mundo. Cuando allá, por Nueva Guinea se descubrieron las altiplanicies con una población de hasta medio millón de habitantes, que vivían todavía en la edad de piedra, se esclareció que el fumar era una antigua costumbre para ellos, con la particularidad de que fumaban también los niños desde los 5 años y las niñas desde los 7. En la investigación de la población se encontraron algunos enfermos de cáncer de los pulmones y de otros órganos del cuerpo.

Así, entre los daños comprobables del tabaquismo, el cáncer pulmonar fue el primero en ser asociado a la exposición del humo del tabaco. En efecto, el gradiente biológico es directamente proporcional a la relación dosis-respuesta, por la duración en el hábito y la cantidad de cigarros fumados. La inhalación profunda y el inicio del hábito en edades tempranas incrementan el riesgo de cáncer pulmonar.

En los Estados Unidos la incidencia del cáncer pulmonar, así como la mortalidad habían sido inferiores en mujeres que en hombre. La diferencia refleja las tendencias temporales de fumar en los dos grupos. El uso del cigarrillo se hizo extensivo entre los hombres al principio de este siglo, mientras que un gran número de mujeres no fumaron hasta los años 40. Como resultado, el patrón de incremento en el cáncer pulmonar en las mujeres se ha hecho muy similar al del sexo masculino. En este contexto, en 1989, según el Programa Nacional contra el Tabaquismo, el cáncer pulmonar se convirtió en la principal causa de muerte por neoplasias en las mujeres, y sobrepasó al de mama, situación que se atribuye en gran medida al tabaquismo.

Por otro lado, se estima que en el 90 por ciento de los casos el cáncer pulmonar se debe al tabaco. Además el riesgo relativo de mortalidad varía de 10 en fumadores leves a 30 en fumadores que consumen más cigarros. En 1990 en Estados Unidos hubieron 144 mil muertes por cáncer pulmonar. En México la mortalidad por estos tumores ocupó el primer lugar como causa de muerte entre todas las neoplasias malignas. El Programa Nacional contra el tabaquismo (1992) reporta que en un estudio realizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico de La Raza (IMSS), en una muestra de 146 pacientes con cáncer pulmonar, el 77.3 por ciento presentaba antecedentes de tabaquismo. En otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se encontró que el 70 por ciento de 430 pacientes con cáncer pulmonar tenían el antecedente de ser fumadores moderados y severos. Los mecanismos por los cuales el humo de tabaco induce la carcinogénesis pulmonar son

muy complejos, pero se ha asociado fundamentalmente a la presencia de nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos policíclicos, los cuales después de una activación metabólica intracelular, son capaces de modificar el ácido desoxirribonucléico (DNA).

El cáncer pulmonar tiene menos probabilidad de curación que otros, por su desarrollo rápido, lo que limita el éxito de la cirugía en la mayoría de los casos. Es muy probable que cuando el cáncer pulmonar se manifiesta clínica o radiográficamente, ya se haya diseminado. En nuestro medio, es común que las personas no soliciten la valoración médica cuando aparecen los primeros síntomas, lo cual disminuye las probabilidades de curación (INER, 1989).

- Cáncer de Laringe. Diversos estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales han establecido una fuerte relación entre fumar y el cáncer de laringe. En general, se considera que los fumadores presentan -en comparación con los no fumadores- un aumento del riesgo relativo a desarrollar este tipo de neoplasia, que oscila de 2.0 a 27.5 veces, con una estrecha relación dosis-respuesta.

- Cáncer de Boca. Estudios de cohortes han demostrado también una alta incidencia de cáncer oral entre los fumadores. En términos generales, se considera que la relación de mortalidad entre fumadores y no fumadores es de 13 a 1.3. Asimismo, poblaciones con pocos fumadores (por ejemplo, los mormones) tienen una tasa muy baja de morbilidad por este tipo de neoplasias.

- Cáncer de Esófago. Datos obtenidos de casos controlados y estudios de cohortes, indican que el cigarro es una de las causas principales del cáncer de esófago.

Aunque existen grandes variaciones, en las diferentes investigaciones con relación al riesgo atribuible al tabaquismo, se considera que la mortalidad por esta neoplasia es de 1.3 a 11.1 veces mayor en los fumadores.

- Cáncer de Vejiga. El riesgo relativo a desarrollar cáncer de vejiga en los fumadores es de 2 a 3 veces más alto que en los no fumadores. Se ha demostrado también un gradiente en este riesgo, asociado con el número de cigarrillos fumados, que va de 1.6 (media cajetilla o menos) a 5.3 (dos cajetillas o más).

- Cáncer de Páncreas. Diferentes estudios, realizados con seguimiento de varios años, han sugerido que esta neoplasia ocurre en una proporción aproximada de 2 a 1 en los fumadores, en comparación con los no fumadores. Sin embargo, la asociación no ha sido tan fuerte como en las neoplasias antes mencionadas.

b) Daños en el aparato respiratorio.

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 elementos nocivos, por lo tanto, existen mecanismos de defensa contra los agentes agresores del exterior.

Las alteraciones iniciales producidas por el tabaquismo en las vías respiratorias, modifican estos mecanismos de defensa pulmonar. Esto ocurre desde las etapas iniciales, cuando el fumador se encuentra totalmente asintomático. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, importante mecanismo de defensa, cuya función principal es eliminar a todos aquellos agresores del aparato respiratorio y que han penetrado al tracto respiratorio inferior. Al paralizarse los cilios, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará en gran manera.

Los macrófagos alveolares también son fundamentales para la defensa del aparato respiratorio; el humo del tabaco provoca que disminuyan su función, lo cual favorece la aparición de enfermedades respiratorias.

Entonces, el tabaquismo produce cambios estructurales y funcionales tanto de la vía aérea como del parénquima pulmonar. La bronquitis crónica y el enfisema están indudablemente asociados al tabaquismo; estos padecimientos son importantes por la mortalidad que ocasionan, así como la incapacidad física y funcional que sufren los pacientes.

La función respiratoria se ve gravemente afectada por el tabaco. Tapia (1986) reporta que en encuestas realizadas en población general se ha encontrado un alta prevalencia de tos y expectoración en ambos sexos, relacionadas con el hábito de fumar y el número de cigarrillos consumidos diariamente y que esos síntomas disminuyen o desaparecen cuando se deja de fumar.

En cuanto a la mortalidad por bronquitis, estudios realizados en Inglaterra revelaron que en el grupo de médicos de 35 a 64 años de edad, en el cual ha disminuido notablemente el hábito de fumar, se redujo 24% la mortalidad por ese padecimiento entre 1953 y 1965, mientras que en la población general masculina, que no redujo el consumo de cigarrillos, el descenso fue sólo del 4%. En fumadores de 20 o más cigarrillos al día la mortalidad es 15 veces mayor que en no fumadores (Tapia, 1986).



La relación entre tabaquismo y enfisema pulmonar también está claramente comprobada y se ha encontrado correspondencia entre el número de cigarrillos y la prevalencia de enfisema en cortes de pulmón obtenidos en necropsias. Tapia (1986) reporta que en un estudio sobre este aspecto, no hubo enfisema en 90% de los no fumadores, pero sólo el 13% no tuvo enfisema en el grupo de fumadores severos.

### c) Enfermedades cardiovasculares.

La enfermedad cardiovascular que más se presenta como resultado del tabaquismo en nuestra población es la enfermedad isquémica de las coronarias, más particularmente en personas entre 45 a 54 años de edad. En las de 55 a 64 años, la proporción entre los que fuman 15 o más cigarrillos al día que mueren por enfermedades isquémicas y los que no fuman, es 2 veces superior:

El cigarro se identifica actualmente como un factor de riesgo cardiovascular, resultado de estudios de laboratorio, tanto en animales como en seres humanos. Las observaciones epidemiológicas longitudinales han obtenido evidencias de la relación causal, (Chávez, 1991). Los componentes del tabaco inducen cambios hemodinámicos de la frecuencia cardíaca, temperatura de la piel, resistencias periféricas y calibre arteriolar. Igualmente, sobre las propiedades fisiológicas del miocardio, tanto mecánicas como eléctricas -comenta el Dr. Chávez Domínguez-. Existen evidencias en cuanto a que acelera el uso de tabaco un proceso ateroscleroso. Agrega Chávez que la influencia más directa sobre el sistema cardiovascular la determina el monóxido de carbono, que al adherirse a la hemoglobina y sistemas respiratorios celulares, determina cambios metabólicos, favorables a la aterosclerosis. Indirectamente, se conoce la influencia del monóxido de carbono y nicotina sobre el metabolismo de lípidos, agregación plaquetaria y los elementos celulares de la pared vascular.

En México, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ocupa el primer lugar desde 1969 (Chávez, 1991). En los últimos 30 años, las tasas de muerte por infarto de miocardio se han incrementado más de 40 veces. En el Instituto Nacional de Cardiología los individuos que fallecen a consecuencia de infarto agudo de miocardio y fumadores vivieron de 4 a 6 años menos que los comparables no fumadores. Los estudios de tabaquismo en la población de 12 a 65 años han revelado una prevalencia de 25.8%, pero los varones expuestos al riesgo de la población urbana sobrepasa el 50%.

d) Enfermedad cerebro-vascular.

Los fumadores tienen un riesgo relativo de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular, de alrededor de 2.2 a 3.7 veces mayor que los no fumadores y por grupos de edad este riesgo se incrementa hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años (Programa Nacional contra el tabaquismo, 1992).

Las mujeres fumadoras que usan anticonceptivos hormonales presentan un riesgo mucho mayor, especialmente de hemorragia subaracnoidea y eventos tromboembólicos. A este respecto, un estudio controlado reportado en el Programa Nacional contra el Tabaquismo, mostró que el riesgo relativo era cercano a 22 en comparación con mujeres no fumadoras.

e) Enfermedad oclusiva arterial periférica.

El factor de riesgo más importante que predispone a este padecimiento es el hábito tabáquico. Así, por ejemplo, la enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea es mucho más frecuente en fumadores. Por otro lado, estos individuos presentan una mortalidad, por aneurisma aórtico abdominal 4.64 veces mayor que los no fumadores.

f) Enfermedad gastrointestinal

Un gran número de evidencias han implicado al tabaquismo como un factor importante en la patogénesis y mantenimiento de varias enfermedades gastrointestinales, en especial la úlcera péptica. La cantidad de cigarros fumados diariamente, los años de fumar y la profundidad de la inhalación tienen una correlación positiva con la frecuencia de la enfermedad, en un promedio 2.5 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. La asociación con el tabaquismo es independiente del posible papel desempeñado por el consumo de café o alcohol.

#### 4) El tabaquismo como farmacodependencia.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales figuran como trastorno mental orgánico por abstinencia de tabaco y trastorno por uso de sustancias por dependencia al mismo las entidades nosológicas referentes a lo que coloquialmente se conoce como tabaquismo.

##### a) Abstinencia de tabaco.

La sintomatología principal es un característico síndrome de abstinencia debido a la supresión o a la reducción reciente del uso de tabaco, que había sido por lo menos moderado en duración y cantidad. Este síndrome es causado por la abstinencia de nicotina, el mayor ingrediente farmacológicamente activo del cigarro.

Se menciona en el DSM-III-R que el síndrome no se presenta en todos los fumadores, pero que en muchos se pueden detectar cambios en su humor y en su actuación debidos a la abstinencia dentro de las 2 horas siguientes al último cigarrillo. Se agrega que la sensación de deseo parece llegar a límite dentro de las primeras 24 horas después del último cigarro y luego va declinando gradualmente desde unos pocos días a varias semanas. En cualquier caso, es difícil distinguir entre un efecto de la abstinencia o la emergencia de rasgos psicológicos que estaban disimulados, controlados o alterados por los efectos de la nicotina.

Sintomatología asociada. Tal como lo menciona el DSM-III-R: incremento de ritmos lentos del EEG, mayor frecuencia de contracciones musculares, disminución de la presión arterial, aumento de peso y debilidad en trabajos que requieren vigilancia, son síntomas asociados de la abstinencia de tabaco.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico de abstinencia de tabaco es normalmente evidente por la historia del individuo y se confirma por la desaparición de los síntomas si se vuelve a fumar.

##### Criterios para el diagnóstico de la abstinencia de tabaco

A. Uso de tabaco durante unas semanas, como mínimo, a un nivel equivalente a más de 10 cigarrillos diarios, conteniendo cada cigarrillo un mínimo de 0.5 mg de nicotina.

B. Cese total o reducción en el uso de tabaco, seguido en 24 horas, como mínimo, por cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) deseo de tabaco,
- 2) irritabilidad,
- 3) ansiedad,
- 4) dificultad para concentrarse,
- 5) intranquilidad,
- 6) dolor de cabeza,
- 7) somnolencia,
- 8) trastornos gastrointestinales.

b) Dependencia del tabaco.

Criterios para el diagnóstico de la dependencia del tabaco

- Uso continuo de tabaco durante un mes como mínimo.
- Uno de los siguientes ítemes, como mínimo:

1) intento de reducir la cantidad de tabaco fumado de forma regular;

2) los intentos de dejar de fumar conducen al desarrollo de abstinencia del tabaco;

3) el sujeto continúa el uso del tabaco, a pesar que sabe que ello exacerba un grave trastorno físico (por ejemplo, enfermedad respiratoria o cardiovascular).

c) Tabaquismo y adicción.

Durante varios siglos cuando el tabaco fue extendiéndose alrededor del mundo, se observó que comúnmente la gente era incapaz de dejar de fumar.

Aunque es una conducta adictiva, la conceptualización del tabaco como producto adictivo comparable a los opiáceos y al alcohol, es relativamente reciente (Cohen, Pickwoth y Henningfield, 1991). Hasta 1950 se decía que el tabaco inducía a la habituación pero no a una adicción.

El término "drug addiction" fue primeramente usado en el contexto de los opiáceos. Hasta 1964, este término se aplicaba sólo cuando el abandono de una droga provocaba un gran síndrome de abstinencia y la readministración de los opiáceos lo hacía ceder. Así, la dependencia física fue considerada el eje de las

adicciones. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud aconseja el empleo del término "dependencia" en lugar del de adicción, que ha dado lugar a tantos malos entendidos en el campo de las drogas.

De todos modos, Cohen y col. (1991) concluyen que los agentes adictivos tienen un atributo en común: la creación de un repertorio conductual frecuentemente referido como "dependencia psicológica". Este tipo de dependencia se explicará posteriormente.

#### d) La Nicotina como sustancia adictiva.

Varias técnicas han sido desarrolladas para identificar a una sustancia como susceptible de causar dependencia. La más directa es la epidemiología y, la otra, los estudios de laboratorio, y estos se dividen en dos categorías: aquellos que miden los efectos reforzantes de la ingesta y los que valoran la búsqueda de la sustancia cuando no se ha ingerido o usado.

La Organización Mundial de la Salud publicó en 1988 cerca de 3000 reportes acerca de la adictividad de la nicotina. La evidencia de que el tabaquismo es una conducta altamente esclavizante y compulsiva se apoya en una investigación extensa a nivel internacional que encuentra: 1) que los patrones de tabaquismo son altamente consistentes; 2) Después de la iniciación del tabaquismo, el individuo gradualmente incrementa el número de cigarrillos hasta alcanzar su tolerancia. Sólo el 5% de los fumadores fuman menos de 5 cigarros al día; 3) El 77% de los fumadores crónicos quieren dejar de fumar y el 65% al menos ha tenido un intento serio de hacerlo. Como consecuencia, y también por factores sociales y económicos, la adicción a la nicotina está lejos de ser más leve que en otras drogas de abuso. De hecho, se ha llegado a la conclusión de que la progresión adictiva de su uso aparece considerablemente más alta para el tabaco que para otras drogas.

Le Hovezec y Benowitz (1991) refieren que los indios sudamericanos usaban la nicotina desde hace 8000 años antes de Cristo. Sus chamanes usaban el "Ritual del tabaco" para provocar estados catatónicos representando así una muerte simbólica, retornando después milagrosamente a la vida.

La nicotina fue descubierta en el siglo XVIII y aislada en su forma pura hasta 1828 por Posselt y Reinman. Sin embargo, la investigación fisiológica fue conducida por Posselt y publicada por Koenig en 1940, más de un siglo después de que se presentara en la Facultad de Medicina de Heidelberg.

La nicotina y otros alcaloides como la atropina, la muscarina y el curare, han jugado un papel importante en la

comprensión de la organización y funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Langley y col. (en LeHovezec y Benowitz, 1991) a principios de siglo usaron nicotina para determinar la naturaleza de la inervación autónoma y la locación de sinapsis ganglionares en muchos órganos. Encontraron que grandes dosis de nicotina aplicadas a un ganglio ocasionaban estímulos eléctricos en nervios preganglionares.

En 1914, Dale (en Le Hovezec y Benowitz, 1990) encontró dos diferentes sitios de acción de la acetilcolina, uno, el muscarínico y el otro, el nicotínico, ya que existen receptores específicos a la nicotina en el sistema nervioso.

e) Estudios genéticos sobre la historia natural del tabaquismo.

Mucho se ha dicho y descubierto acerca de la contribución de los factores genéticos en la etiología del alcoholismo. Estudios en roedores han demostrado su influencia en el consumo de "etanol", la sensibilidad del sistema nervioso hacia éste, su tolerancia y la manifestación de síntomas de abstinencia.

Estudios de alcoholismo en hijos adoptivos, medios hermanos y gemelos han aportado datos sobre cierta parte importante de la influencia genética en esta dependencia.

Poco se ha estudiado de lo anterior acerca del tabaquismo. Heath y Martin (1993) mencionan que se ha sugerido una significativa influencia genética en la iniciación del hábito tabáquico, en la edad en que se incurre en él y el promedio de cigarrillos consumidos por día. Sin embargo, los resultados no han sido consistentes.

Eaver y Eysenck en 1980 realizaron un estudio en Londres, Inglaterra con 547 pares de gemelos, no habiendo encontrado resultados significativos. En 1984, Hannah y cols. realizaron un estudio en Australia con una muestra mucho mayor pero tampoco encontraron datos estadísticamente significativos.

Heath y Martin en 1993 hicieron un estudio en el que buscaron obtener evidencias sobre la influencia genética sobre el hábito de fumar, en Australia aplicando un cuestionario sobre historia de fumar a 5967 pares de gemelos, monocigóticos y dicigóticos y , tanto hombres y mujeres. No encontraron diferencias estadísticamente significativas, habiendo encontrado una leve influencia genética en la adquisición del hábito mayor en mujeres que en hombres.

¿Existe una tendencia general a ser adicto?

Esta pregunta se la plantean dos investigadores estadounidenses, Rozin y Stoess, en un estudio que realizaron en 1993 en la Universidad de Pennsylvania.

Los autores comentan que esta idea no había sido medida pero que sin embargo, investigaciones sobre la personalidad adictiva asumen que si hay una tendencia a llegar a ser adicto.

En general estos estudios se relacionan con pocas sustancias, más comúnmente con alcohol u opiáceos y no han reportado resultados consistentes. Otras revisiones sugieren que no existe una variable única de la personalidad.

Rozin y Stoess (1993) mencionan que los rasgos de personalidad que más se han estudiado son los antisociales y citan a Nathan (1988) quien concluye que sólo se correlacionan con el abuso de alcohol y de drogas muy costosas.

Los autores valoraron la "adictividad" a diferentes sustancias en términos de cuatro factores: 1) deseo biológico por la sustancia (craving); 2) síndrome de abstinencia al no ingerir la sustancia; 3) pérdida de control (no poder dejar de consumirla o dificultad en parar de hacerlo); y, 4) tolerancia (tener cada vez más necesidad de consumir más dosis o cantidad y aguantar los efectos).

La investigación se realizó en una muestra de 125 adolescentes mujeres, 125 adolescentes varones con sus respectivos padres, de diferentes grupos étnicos y religiosos. Se evaluaron las siguientes sustancias: chocolate, café, té, refresco de cola, dulces, alcohol, pepinillos, cigarrillos, juegos y videojuegos.

Se encontró que la adicción con puntaje más alto fue al chocolate así como el antojo y la falta de control para dejar de comerlo. Los cigarrillos fueron los que con respecto a ellos generaron mayor adicción promedio aunque muchas personas reportan nula adicción. Los autores encontraron un leve pero significativo grado de parecido familiar en cuanto a la tendencia a ser adicto. Todos los componentes de la adicción se correlacionaron significativamente.

f) Aspectos psicodinámicos de la dependencia al tabaco.

Es menester iniciar este subtema enfatizando que desde el punto de vista de las motivaciones y de las vivencias subjetivas, el alcohol y el tabaco presentan muchas afinidades: ambos formaron parte de rituales religiosos y de ceremonias de

iniciación en la edad adulta; ambos tienen un papel importante en el establecimiento o sancionamiento de relaciones sociales de amistad y de paz, ambos expresan significados sexuales específicos, ambos se prestan como medios por obra de los cuales el individuo manifiesta un estilo de vida en particular; y como dice Dogana (1980), además ambos están sujetos a una fuerte ambivalencia: "por un lado, abstenerse de beber y de fumar puede ser mal visto; por otro lado, entregarse a la bebida y al tabaco puede ser condenado por la sociedad" (pág. 74).

Es por lo anterior que diversos autores, particularmente Dogana analizan la psicodinamia del tabaco conjuntamente con la del alcohol. Sin embargo, en relación al tabaco existen particularidades aunque la nicotina, al igual que el alcohol, presente efectos tanto estimulantes como depresores. Cantallagi (1965 en Dogana, 1980) menciona que si se colocara sobre las paqueteras de cigarrillos una etiqueta con las indicaciones, como se hace en las medicinas, se podría leer: "contra el aburrimiento, contra el miedo, contra el frío o el calor, contra la disciplina, contra la injusticia, contra la ira, contra la soledad, contra la timidez; sustituto del amor, de la libertad, del descanso; bueno para olvidar, para regocijarse, para inspirarse; bueno para pensar y para no pensar nada, bueno para soportar al prójimo o bien para acercarse a él" (pp. 75 y 76).

No obstante, estas características sólo recuerdan al "sobredeterminismo" o "plurideterminismo", principio bien conocido particularmente en psicoanálisis. Para Dogana una primera razón que explica la multiplicidad de las "indicaciones" que señala Cantallagi puede identificarse en el hecho de que el tabaco se presta a satisfacer exigencias claramente contrarias entre sí, como son las motivaciones homeostáticas y las motivaciones antihomeostáticas. Para este autor las primeras están vinculadas con aquellas necesidades que apuntan a reducir la tensión existente en el organismo, a restablecer un equilibrio, como por ejemplo, la necesidad de comida. Las segundas tienen relación con aquellas necesidades que tienden, en cambio, a crear tensión, a dinamizar al organismo, como por ejemplo, la pasión por un determinado hobby, la curiosidad cognoscitiva, etc.

#### - La hipótesis del erotismo oral.

En el análisis psicológico del acto de fumar se encuentran inevitablemente las consideraciones psicoanalíticas sobre las necesidades "orales" satisfechas por el tabaco y sobre la asociación cigarrillo-pepón o tabaco-leche.

Comazzi y Luban-Plozza (1972 en Dogana, 1980) observan: "En la secuencia de los gestos que componen el acto de fumar el adulto no hace otra cosa que tornar a vivir la gratificación



infantil del 'succionar'. El calor de la primera bocanada de humo podría representar, en versión adulta, el flujo de leche a la boca del recién nacido hambriento" (Dogana 1980, pág. 77). Dogana también cita a Morris quien comenta: "el humo caliente que aspira el hombre adulto evoca la leche tibia de la madre. Y siguiendo esta metáfora, muchos fumadores cuando se llevan el cigarrillo a la boca o lo retiran de ella, mientras hacen que los dedos rocen los labios, se proponen de esta manera imitar las caricias que en otro tiempo solían prodigar al seno materno. Aquellos fumadores más inveterados que, después de haberse puesto un cigarrillo en la boca, lo dejan colgar de los labios por algún tiempo, aspirando sólo algunas bocanadas, serían aún más regresivos: en realidad, los momentos en que no aspiran humo, podrían corresponder a los períodos de sueño entre una y otra mamada, períodos en los cuales el recién nacido se adormece teniendo en los labios un chupete que empero no desea chupar más" (pág. 15).

Stevenson y col. (1970 en Dogana, 1980) resumen la posición psicoanalítica en los siguientes términos: "el psicoanálisis ha subrayado que la boca, la lengua y los labios son muy erógenos, no sólo para el amor en sus varias formas, sino también en el caso de la alimentación desde la más tierna infancia" (pp. 443 y 444).

El niño cesa de llorar apenas sus labios sienten el pezón de la madre; todo su cuerpo se relaja y el niño experimenta una gran satisfacción aún antes de que la leche le aplaque realmente el hambre. Esta estrecha relación entre los labios y la liberación de angustia (apaciguamiento) se prolonga desde el período de lactancia hasta la edad adulta. A cualquier edad el hecho de tener algo entre los labios o en la boca disminuye la tensión y la ansiedad, trátase de alimentos, bebidas, goma de mascar, palillos, cigarrillo, cigarro, puro o pipa.

A menudo este género de explicaciones ha sido objeto de ironía, sin embargo, estudios serios como el de McArthur, Waldrom y Dickinson, en Dogana, (1980) realizado en los Estados Unidos en 1958 en el que mostraron que existe una relación precisa entre un fuerte consumo de cigarrillos y el modo en que fue criada una persona, apoyan y validan la hipótesis del erotismo oral.

Independientemente de las consideraciones sobre el erotismo oral, es también sabido que la necesidad fundamental de las primeras fases de la vida del niño es la necesidad de "incorporar", es decir, la necesidad de introyectar los estímulos del mundo exterior que le procuran placer: no sólo la leche o la comida, sino también los estímulos táctiles, térmicos, de movimiento, de la respiración, etc. El niño tiene sobre todo necesidad de "llenar" el vacío interno e incorporar en su interior experiencias placenteras para llenar lo que

Dogana llama "Leere Erlebnis" o vivencia de vacuidad, según la definición de Jaspers (1950, en Dogana, 1980). También la incorporación asume en este contexto un papel importante y ésto llevó a Erikson (1966) a completar la descripción de la fase oral agregándole las connotaciones de "sensorial, respiratoria y cutánea".

También la hipótesis del erotismo oral puede ayudar a la comprensión de otra actitud típica de muchos fumadores, la actitud de recurrir con mayor intensidad a los cigarrillos en los momentos de frustración, como si el tabaco fuera una especie de gratificación consoladora o apaciguante.

Existe todavía otro componente en el hábito tabáquico y es el aspecto gestual y motor: jugar con el cigarrillo o el encendedor y complacerse en las varias sensaciones táctiles y los diversos rituales que acompañan al acto de fumar.

El paquete de cigarrillos adquiere entonces el valor simbólico de talismán, de objeto mágico y tranquilizador que infunde seguridad. Como tal, la cajetilla puede constituir la prolongación o reedición adulta de aquellos objetos que Winnicott (1953) define como "objetos transicionales", es decir, objetos por los cuales los niños desarrollan un fuerte apego pues tienen la capacidad de simbolizar la tranquilizadora presencia materna.

Dentro del ámbito de las relaciones objetales, el cigarrillo asimismo representa un vehículo de identificación y de socialización. Dogana menciona: "la coparticipación de experiencias de tipo oral constituye permanentemente el elemento revelador del establecimiento de cohesión en las relaciones interpersonales. Lo mismo que comer juntos o beber juntos, fumar en compañía u ofrecer un cigarrillo sanciona la amistad o el hecho de que uno se propone establecer una amistad" (pág. 79).

La "pipa de la paz", que pasa de mano en mano entre los presentes, constituye el arquetipo más claro del valor simbólico subyacente en el acto, aparentemente, trivial de ofrecer un cigarrillo. Por esto se le atribuye al tabaco la capacidad de ayudar a establecer contacto, a "romper el hielo" o también de alejar a una persona.

El indicio más evidente de identificación con una persona es empezar a fumar los mismos cigarrillos que ella. Cantalli (1965 en Dogana, 1980) observa "¿No es acaso cierto que cuando una muchacha cambia de marca de cigarrillo y adopta la de un admirador suyo, el mozo ha hecho muy buena impresión? (pág. 110). También se observa que la conducta de fumar puede ser un sustituto de la acción, esto es, una especie de actividad psicomotriz que sustituye a otra que está inhibida por causas

exteriores o, también interiores, sirviendo como un medio de defensa para descargar ansiedades.

Por otra parte, el acto de fumar forma parte del autocontrol o de mecanismos contenedores de procesos internos peligrosos o, simplemente, rutinarios. Sirve para marcar el ritmo de la experiencia, constituyendo una especie de "urdimbre conexas" -dice Dogana (pág. 81) - dentro de la cual cada uno encierra y unifica los actos de su jornada. Cada fumador se forja un esquema particular en lo que concierne al número de cigarrillos que ha de fumar y a la distribución de los mismos en los varios momentos del día. De esa manera el cigarrillo marca el tiempo, el ritmo de vida, el comienzo y el fin de una actividad. Dogana comenta "el concepto de fumada como 'reloj interno' es curiosamente evidente en ciertas zonas rurales de Rusia donde, como cuenta Cantagalli, 'la gente continúa indicando las distancias según el número de pipas fumadas y diciendo: de aquí al kolkos hay tres pipas'" (pág. 81).

Otro aspecto que menciona Dogana en su libro "Psicopatología del consumo cotidiano" es el del sentimiento de culpabilidad. Menciona que la expresión "vicio", comúnmente aplicada al fumar, indica que esa actividad como fuente de placer está constantemente sujeta a condena desde el punto de vista moral. Un cierto sentimiento de culpa, más o menos latente, acompaña siempre al acto de fumar y encuentra expresión en numerosas fuentes de represión que en el curso de la historia atacaron al acto de fumar y también en la adhesión de los datos acerca de sus efectos negativos en el plano orgánico y psíquico. Por ejemplo este autor cita a Taylor quien en 1960 comentó que en el periódico "New York Times" de enero de 1884 se podía leer "la decadencia de España comenzó cuando los españoles adoptaron el cigarrillo y si esta perniciosa costumbre se difundiese entre los norteamericanos adultos no estaría lejana la caída de la República" (pág. 104).

Indicios de esta vivencia de culpabilidad que acompaña a la conducta de fumar son ciertos rituales típicos de muchos fumadores: hay quien enciende el cigarrillo y después de algunas chupadas lo apaga para volver a encenderlo poco después, como para simular control; hay quien vuelve la parte encendida del cigarro hacia la palma de la mano, como para esconderlo; otro practica una pequeñísima abertura en la cajetilla que permite sacar sólo un cigarrillo, como para expresar el deseo de fumar de manera muy limitada, etc. Todos estos rituales son una clara expresión del contraste entre deseo y represión, de la necesidad de enmascarar frente a sí mismo y frente a los demás el "vicio".

Para muchos fumadores los cigarrillos más gustosos continúan siendo siempre aquellos fumados a "hurtadillas", solos o en grupo como cuando eran adolescentes. El cigarrillo está pues acompañado por una vivencia de sigilo, secreto o

complicidad.

Por otra parte, no sólo ayuda a la rebeldía sino también a la agresión. Siempre se pone la atención en el acto de consumir o inspirar el humo del tabaco pero no así la expiración del mismo. Este aspecto puede expresar ciertos casos de agresividad respecto al ambiente que en verdad viene a quedar "invadido" y contaminado. Soplarle el humo a la cara a una persona es claramente un acto que expresa afrenta y agresión.

Por otro lado, sirve a impulsos destructivos, tiene componentes más o menos regresivos: cierta tendencia masoquista a la autodestrucción, el repliegue sobre uno mismo, el aislamiento narcisista, la huída a la pasividad y a la dependencia, etc.

El conjunto de valores simbólicos comunicados por la actividad de fumar varía sustancialmente en función de tipo de artículo fumado, así como, dentro de un tipo, en función de la marca preferida. Dogana menciona que esquematizando se podría establecer el siguiente sistema de valores expresivos:

1. Cigarrillo: dinamismo, actividad, búsqueda, nerviosismo.
2. Cigarro (puro): virilidad (más o menos compensatoria), afirmación de sí mismo, opulencia.
3. Pipa: calma, seguridad, cordura, madurez, sabiduría.

"El cigarro es sobre todo sexo" afirma Cantallagi (1965 en Dogana, pág. 65). Y agrega: "Un fumador casto aquejado de gazoñería nunca elegirá un cigarro, la única forma de tabaco confiado a las sapientes manos de las mujeres" (pág. 65). Los mejores cigarros eran producidos por las cigarreras de Cuba o de Barcelona que enrollaban las hojas de tabaco sobre los muslos desnudos. El humo del tabaco continúa teniendo ese resabio de su nacimiento picante.

El simbolismo fálico del cigarro es evidente. Una fábrica norteamericana produce grandes cigarros destinados a los nuevos padres de bebés varones. En realidad, esos cigarros vienen a asumir el valor expresivo de una orgullosa afirmación de virilidad.

Además de diferenciarse por sus dimensiones, el cigarro puro se distingue del cigarrillo también por la duración de la fumada. La relación del fumador con el cigarrillo es rápida, nerviosa; la relación con el puro es más consistente, duradera y calma; también en este sentido el cigarro puro representa, pues una virilidad o potencia viril más duradera y eficaz.

Por otra parte, las determinaciones culturales asignan al cigarro puro o a ciertas marcas de cigarrillos, interesantes connotaciones simbólicas: la asociación con el hombre rico, seguro de sí mismo, de mayor jerarquía socio-cultural. En las imágenes relacionadas con la pipa se destacan en primer lugar las connotaciones de madurez y sabiduría. La pipa para Dogana se manifiesta como "expresión de la superación y de la renuncia de las tumultuosas dinámicas instintuales y expresa una especie de repliegue sobre uno mismo, un retiro a la actividad sublimada del pensamiento" (pág. 85).

5) La farmacodependencia desde el punto de vista psicoanalítico.

Lasky (1988) introduce a este tema aclarando que el abordaje al estudio de este fenómeno debe ser multidisciplinario ya que como se sabe la conducta es multicausal, multideterminada y que no se pueden generalizar las causas de la farmacodependencia ya que para esto habría que hacer una investigación de las causas que llevaron a cada individuo a la drogadicción y esto sería tema para una o varias investigaciones a realizarse en lo futuro. Agrega, que sin embargo, el desorden es similar en todos los individuos y esto es lo que específicamente se intenta explicar a continuación aclarando que los factores ideológicos y sociales no pueden ser excluidos.

Ausbel (1966 en Lasky, 1988) menciona que existen tanto antecedentes internos como externos para el uso de las drogas. Sin embargo, la mayoría de los autores que estudian a la farmacodependencia como fenómeno psíquico, coinciden en que el problema no es el fármaco sino el usuario. Fenichel (1945), citando a Glover dice que "el origen y la naturaleza de la adicción no residen en el efecto de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente". (Lasky, 1988, p. 30).

Henry Ey (1979) comenta en su Tratado de Psiquiatría: "La toxicomanía no viene definida por el producto: la estructura toxicómana puede satisfacerse no sólo por el consumo de productos euforizantes u originadores de ensueños, sino también a través de ciertos efectos considerados como desagradables por el mismo sujeto, y de los que obtiene un beneficio (por su estructura) en un segundo grado, en el plano de lo imaginario o de lo simbólico" (p. 200).

Rado (1913 en Lasky, 1988) piensa que "...el factor decisivo es, por lo tanto, la personalidad pre-mórbida; los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico" (Pág. 35).

Entonces afirma Lasky (1988): "Podemos explicar la farmacodependencia desde el punto de vista psicológico, como una actitud defensiva que protege al individuo de su sufrimiento". (pág. 36). Y cita a Estrada (1975): "Dicho de otra manera las drogas refuerzan los débiles mecanismos de defensa que posee un individuo; así, estos resultan más efectivos para poder enfrentarse a los estímulos traumáticos internos y externos" (pág. 36).

El psicoanálisis ha descrito a la drogadicción en términos de regresión y fijación a niveles pregenitales del desarrollo psicosexual, considerándola como de índole impulsiva y sintónica con el Yo, suponiendo que resulta irresistible debido a que el usuario no tolera las tensiones.

Freud (1905) en sus "Tres ensayos sobre una Teoría Sexual", al referirse al acto de succión en los niños, señala que: "Si la importancia erógena de la zona labial se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar; más si aparece la represión, padecerán de repugnancia ante la comida y de vómito histérico". (p. 81).

De acuerdo con Freud, la farmacodependencia, queda colocada como una satisfacción perversa. Al respecto, Sachs (en Lasky, 1988) opina en su ensayo sobre la génesis de las perversiones (1923): "Creo haber encontrado entre los toxicómanos un eslabón de significado práctico y de principio, o sea, en los alcohólicos, morfinómanos y cocainómanos y en aquellos fijados en el fumar o masticar. En estos casos se ve claramente que lo importante, lo dominante en el individuo, son las fuerzas libidinales que han sido separadas del yo, a las que a menudo se han considerado como pertenecientes a la neurosis obsesiva. Por otro lado tienen en común con las perversiones que para la conciencia no son, como los síntomas neuróticos compulsivos, actos indiferentes o más a menudo un ceremonial desagradable, sin sentido y pérdida de tiempo, sino un acto indudablemente satisfactorio. El hecho de que esta satisfacción se haya alejado de la realidad hacia algo inofensivo, es decir, no hacia lo referente a la vida sexual infantil, adquiriendo así el carácter de gratificación sustitutiva para un deseo reprimido o innecesario -la hacen- acercarse más al síntoma neurótico". (p. 40).

Glover (1923 en Lasky, 1988), afirma que las drogadicciones son estados transicionales, que son más difíciles de tratar que las neurosis pero que no son psicosis. Menciona que son intentos espontáneos de resolver conflictos inconscientes que surgen en niveles de desarrollo no tan primitivos como en las psicosis, ni tan tardíos como en las neurosis. Agrega que las adicciones no pueden tampoco ser clasificadas como psicopatías. Los adictos intentan resolver el conflicto por un cambio en su funcionamiento endopsíquico, en contraste con el psicópata que busca cambiar el medio ambiente de acuerdo a sus deseos inconscientes. Las drogas peligrosas son escogidas debido a que la proyección infantil del sadismo hace que el objeto parental involucrado también sea sentido como peligroso.

Pero por peligrosa que pueda sentirse, la droga cumple una función necesaria debido a que el adicto siente que hay algo "malo" dentro de él (objetos malos introyectados) o, simplemente, ansiedad o culpa. La droga se usa para anestesiar o destruir la "maldad", pero en el proceso, el adicto mismo es aniquilado e introyecta nuevamente "objetos malos".

Mientras que el erotismo y el sadismo orales están presentes en todos los casos, algunas veces el sadismo anal y

uretral tienen una parte más decisiva. En el caso promedio, elementos sádicos de todas las fases son proyectados y localizados en la droga. La substancia peligrosa es entonces controlada por la incorporación, mientras que el alivio eufórico de la ansiedad y la culpa confirman el sentimiento de que la droga es más confiable como fuente de amor que los propios padres.

Fenichel (1988) clasifica a las farmacodependencias dentro de lo que el denomina "neurosis impulsivas", distinguiéndolas de las neurosis de compulsión sobre la base de su carácter egosintónico. Los objetos para los adictos, son satisfactores de necesidades y fuentes de abastecimiento emocional. La droga reproduce el estado narcisista original, pero debido al aumento de la autoestima, la satisfacción erótica y narcisista coinciden.

Gross (1935 en Lasky, 1988) enfatiza que una substancia tóxica, sólo puede actuar sobre el aparato psíquico movilizándolo e inhibiendo energías ya operativas dentro de ese sistema, no pudiendo por ella misma introducir energía. Es por esto, que el adicto vuelve en vano a dosis incrementadas por una fuente externa de energía que de hecho no existe.

Merloo (1952 en Lasky, 1988) afirma que las personalidades ciclotímicas tienden a elegir el alcohol, mientras que las esquizoides tienden hacia otras farmacodependencias. En cuanto a los determinantes inconscientes de la adicción, señala que a pesar de muchas diferencias, existen algunos mecanismos mentales comunes a todos los tipos de adictos: "la búsqueda de la experiencia estática, la tendencia inconsciente hacia la autodestrucción o una necesidad inconsciente e irresuelta de dependencia oral" (pág. 39).

Savitt (1954 en Lasky, 1988), enfatizó las perturbaciones de la temprana simbiosis madre-hijo, en la que el niño no tiene experiencias gratificantes, ni una relación libidinal adecuada con la madre mediada por la introyección; de ahí que no tenga confianza ni esperanza que le permitan tolerar la frustración actual con la anticipación de ganancias futuras. Además considera que la triada oral de Levis está ejemplificada en todos los casos (el deseo de comer, de ser comido y de dormir).

Flynn (1970 en Lasky, 1988), habla de un tipo particular de defensas en el adicto, una lucha en contra de los impulsos sexuales y agresivos. "Vivir en drogas es la versión actualizada del ascetismo definiendo a éste como un desorden o defensa del adolescente que intenta un control de fuerzas libidinales, es un mecanismo utilizado en la pubertad para ayudar a las defensas primarias en contra de represiones y negaciones; o sea que esta defensa depende de la represión de sentimientos eróticos y la negación de un conocimiento sexual,



dándole mayor seguridad" (pág. 43).

Existen, según Flynn, conflictos con la madre. Los pacientes no alcanzaron el sentido de identidad que pudiera permitirles una separación de sus padres y comenzar oportuna y confidencialmente una unión erótica. Necesitan retrasar esa separación y así regresar mediante la droga a sus años tempranos.

Cournier (1973 en Lasky, 1988) comenta que el farmacodependiente tiene tendencia a describirse a sí mismo en términos negativos; factor de una mala integración de sí mismo, acompañado de una insatisfacción interna crónica. Presenta inconsistencias importantes que son resultado de una actitud defensiva hacia la percepción de sus propias características. No distingue entre lo positivo y lo negativo, entre el ser y no ser, lo que inhibe toda acción y sólo permite la contemplación percibiéndose a sí mismo como indeseable e inútil. Su conducta es para sí mismo inapropiada, su funcionamiento inadecuado y muy inferior al normal. Presenta, por tanto, baja autoestima y sentimientos de inferioridad; y el recurrir a la droga responde a un deseo de conocerse y aceptarse a sí mismo.

Campuzano Montoya (1977 en Lasky, 1988) opina que el farmacodependiente intenta lograr una unidad entre su realidad con la fantasía idealizada de sí mismo, evitando así una caída en su autoestima y regresando a su reino narcisista después de un abandono de sus objetos primarios. Se aleja de los sentimientos de soledad que le trae este duelo gracias a la droga. El Yo se encuentra sobrecargado de estímulos internos y externos dando la impresión de ser una persona débil y lábil.

Comenta Lasky que para Leol y col. (1976), la ansiedad que presenta el adicto es resultado de una baja estructura yoica y la inhabilidad para la integración y síntesis de experiencias. Lasky (1988) sustentó en su investigación la hipótesis de que los farmacodependientes tiene una estructura yoica fragil con la consecuente alteración de las funciones del Yo.

Existe una teoría que se refiere a la farmacodependencia como un estado artificialmente provocado que imita el estado maníaco detrás del cual se oculta una depresión. Freud llamó la atención sobre este aspecto en el "Malestar en la Cultura" de 1929, al ocuparse del tema del sufrimiento y sus preventivos: "El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación, es el químico: la intoxicación". Describe Freud a las drogas como sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre o en los tejidos proporciona sensaciones placenteras, modificando además las condiciones de la sensibilidad, de manera tal que impiden percibir estímulos desagradables. Añade: "en nuestro propio psiquismo deben existir asimismo sustancias que cumplan con un

fin análogo, pues conocemos por lo menos un estado patológico -la manía- en el que se produce semejante conducta, similar a la embriaguez, sin incorporación de droga alguna". Más adelante menciona: "Los hombres saben que con este 'quita penas' siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y nocividad. En ciertas circunstancias llevan la culpa de que se disipen estérilmente cuantiosas magnitudes de energía que podrían ser aplicadas para mejorar la suerte humana" (pág. 75).

Según esta línea de pensamiento, el toxicómano, mediante la droga busca escapar a una depresión que lo amenaza continuamente. Podría pensarse que para este individuo hubo un momento "azaroso" en que descubrió que a través de la droga podía negar la depresión. A partir de ese momento, ese individuo de alguna manera dispone de un poder al que difícilmente renunciará.

Rado (1933 en Lasky, 1988), llama también la atención sobre la semejanza que existe entre la manía y la melancolía con la intoxicación y sus efectos depresores. Según él, el farmacodependiente obtiene con la droga un aumento en su autoestima, una elevación de su estado de ánimo, en pocas palabras, logra que "desaparezca la enorme distancia que existía entre su actual desvalimiento y su yo ideal con el cual se compara" (pág. 45). La aparición de la droga en estas circunstancias es realmente mágica, inapreciable, pero esclavizante. Pasado el efecto de la droga, la depresión inicial reaparece y además exacerbada. Rado llama a este estado "depresión farmacogénica" y comenta: "Descubrimos que hay un curso cíclico, y su regularidad demuestra que el yo está ahora manteniendo su autoestima por medio de una técnica artificial" (pág. 45).

El placer señalado por Freud es uno de los aspectos más fácilmente reconocibles en la farmacodependencia. Rado (1926, en Lasky, 1988), asegura que: "Las manifestaciones psíquicas del erotismo oral están siempre presentes en forma marcada, aún en esos casos de toxicomanías en los que la droga no es ingerida por la boca". Según este autor, el erotismo oral no se reduce al que proviene de la zona bucal, se le reconoce también en la sensación agradable de tener el estómago lleno y por una general y difusa sensación de bienestar de la que participa el organismo entero. A este estado lo llama "orgasmo alimentario" y a él atribuye el tan exaltado valor erótico de la zona oral, pero advierte que así como el niño se contentaba con el disfrute limitado de la zona oral como gratificación substitutiva, en el inconsciente del adulto puede persistir la suposición de que la sólo estimulación oral puede reproducir ese placer: "El orgasmo farmatóxico", como Rado llama a la agradable sensación obtenida

con la droga, es una nueva edición del orgasmo alimentario.

Rado enfatizó la dificultad de predecir la reacción que una persona dada pudiera tener ante una droga cualquiera. Examinó los efectos de los analgésicos, sedantes y drogas hipnóticas a la luz del concepto de Freud de un escudo protector o barrera contra estímulos. Al respecto, Freud consideró que tal barrera era operativa sólo contra estímulos externos e impotente para defender al yo contra excitaciones internas. Rado, por su parte, pensó que las drogas suprimían esta diferencia, proporcionando un estado artificial como una "segunda línea de defensas".

Otro autor que ha estudiado extensamente el fenómeno de la farmacodependencia en años más recientes es David Rosenfeld (1976) quien opina que el adicto busca provocarse mediante la ingesta de drogas, un modo de experimentar en la piel la percepción de un contacto cálido como sustituto de un contacto que no tuvo con su madre. La necesidad de drogadicción en grupos tiene que ver con la búsqueda de un continente que permita tolerar la amplia gama de fantasías que pueden resultar de la ingesta en vivencias de pérdida o abandono.

En la historia personal del drogadicto, es bastante habitual un vínculo muy frustrante con la madre en períodos muy tempranos del desarrollo. Para este autor existen dos experiencias con el vínculo de piel a piel además del suministro de alimentos (oral) y de sostén (muscular), que son la tibieza y lo mullido, lo cómodo, una cierta blandura. Como falta una experiencia adecuada en la piel, se restringen las posibilidades para una internalización de una madre continente, de la cual hubiera resultado la configuración de una imagen de sí mismo como un "esqueleto" sólido dentro; de tal manera que podemos decir que en estos pacientes hay dos conflictos tempranos básicos sin resolver, por un lado el relacionado con las experiencias de suavidad y calor, experiencias conectadas con la madre que parecen haber sido sumamente defectuosas, y por el otro lado, el relacionado con las experiencias de sostén y organización de las distintas partes de su self relacionado con la actividad muscular.

Esta carencia de madre real aparece en el niño como un esfuerzo de fantasías inconscientes acerca de una madre interna que no tolera los cambios de humor del hijo; la criatura aprende entonces a arreglarse con pechos sustitutos sin elaborar el duelo. La adicción a las drogas surge entonces como un intento del paciente de encontrar un pecho materno que sí pueda controlar sus estados cambiantes de ánimo, a la que se agrega un ataque al pecho real al usar la droga como sustituto de un pecho atacado y degradado.

El adicto busca, a través del efecto farmacológico de ciertas drogas, provocarse una cierta vasodilatación y sensaciones de calor y rubicundez en la piel como un intento de recrear un continente cutáneo que lo contenga en momentos de mayor depresión. Intenta así recuperar un vínculo con objetos perdidos ligados con sensaciones y fantasías relativas a la piel y al aire. Pero la búsqueda se realiza de una manera tan destructiva y envidiosa (con un rechazo de la dependencia del objeto real externo) que se obtiene un continente destruido desde el comienzo y que no sirve durante mucho tiempo, con lo cual, se genera un círculo vicioso. Es por esto, que el analista es despreciado desde el principio por el paciente adicto y difícilmente se establece una alianza terapéutica que permita el curso del análisis.

Rosenfeld se pregunta: ¿Para qué sirve la droga al drogadicto? y explica que la droga le permite hacer el intento de unir sensaciones carnales, que representen vínculos con un objeto de una manera algo más organizada y total. Como último recurso, realiza una tentativa de unir a través de un organizador precario, es decir, de una droga que funciona como engrudo o adhesivo de mala calidad, pero que es el esfuerzo externo de encontrar algo como función estructurante.

Agrega Rosenfeld que el drogadicto pasó por una posición esquizoparanoide de cualidades muy patológicas, sobre todo por lo exagerado y violento del uso de la escisión y de la identificación proyectiva. Esto le impidió, por el miedo a la vuelta del odio y de la envidia, la reintroyección y asimilación de aspectos útiles de su propio self que fueron antes expulsados y, por consiguiente, el establecimiento de una base firme de objetos buenos de los cuales depende la integración y el desarrollo del Yo. El efecto de la droga ayuda a un yo débil a realizar una escisión o splitting muy especial y manejar así la intolerable ansiedad depresiva con la pena y la culpa ligadas a ella. A veces esto sirve para que el adicto funcione en un estado crónico con el que evita psicotizarse por tolerar la ansiedad depresiva con la resultante creencia en sus posibilidades de recuperar y cuidar. Finalmente el autor agrega que se trata de un estado que no es ni psicótico franco ni neurótico franco, sino de un estado más bien de robot o zombi.

Para Fabry y Lukas (1977, en Lasky, 1988), la mayoría llegan a ser farmacodependientes porque quieren olvidar el golpe intolerable del destino a llenar vacíos internos. "No puedo amar porque mis padres me rechazaron" (pág. 46). Usan drogas para evitar afectos dolorosos y luchar contra la crisis. Su ansiedad es vista como resultante de una pérdida o debilidad de estructura yoica y su inhabilidad para integrar y sintetizar experiencias con la posibilidad de desarrollar síntomas neuróticos.

### Tipologías:

Lasky cita a Oughourlian (1977) para quien la motivación es diferente según el grupo de toxicomanía al que pertenezca el individuo. Su clasificación es la siguiente:

a) Toxicómanos solitarios o individualistas: para quienes la droga es un medio para llegar a otra cosa son para quienes la modificación del estado de conciencia que determina la ingesta de la droga no se justifica y sólo tiene razón de ser en función de los resultados que de ella se esperan en otro plano, por ejemplo, creación artística, introspección, etc. Los toxicómanos de este grupo, según el autor, serán principalmente artistas, quienes buscan en la droga una "fuente de inspiración", o también pensadores o filósofos que desean vivir una experiencia perceptiva, cognoscitiva o mística.

b) Toxicómanos solitarios para quienes la droga es un fin. Se le utiliza por el placer que procura o por el dolor que evita. El usuario consume su droga en soledad, escondiéndose a menudo de los seres más cercanos a él. No rechaza a la sociedad, al contrario, desea mantenerse en ella y considera su dependencia como algo vergonzoso que hay que disimular a todo precio. Estos usuarios, presentan un invencible deseo de continuar tomando la droga y obtenerla por todos los medios. Tienen también la tendencia a aumentar la dosis por efecto de la tolerancia. Presentan una dependencia grave tanto física como psicológica a los efectos de la droga.

c) Toxicómanos de grupo o comunitarios: para quienes la droga constituye un medio para alcanzar un cierto número de objetivos psicológicos y filosóficos, así como un medio en el plano sociológico de mantener la cohesión del grupo, facilitando las relaciones entre sus miembros, ya que la droga constituye el denominador común a todos los individuos de la comunidad. Los hippies son un ejemplo de este tipo de toxicómanos.

d) Toxicomanías de grupo o comunitarios para quienes la droga es un fin: Este tipo de toxicomanía, constituye el aspecto sombrío de las toxicomanías actuales, ya que está integrado por quienes se entregan y abandonan en manos de las drogas, permitiéndose así ser esclavizados y destruidos por éstas.

e) Toxicomanías de masa o de pueblos: para quienes la droga forma parte integrante de la cultura. Por consiguiente su uso integra al individuo a la sociedad, en lugar de apartarlo, como en los grupos precedentes. Para estos individuos, la droga es un medio. Se usa para celebrar lo excepcional, ya sea lúdico o

sagrado. Se le asocia a los festejos. Oughourlian menciona al alcoholismo como ejemplo de este tipo de uso.

f) Toxicomanías de masas o pueblos que no están destinados a celebrar lo excepcional. Para este grupo la droga es un refugio, un apoyo, un consuelo destinado a hacer aliviar y olvidar lo cotidiano.

## 6. Determinantes psicosociales del tabaquismo

### a) Motivos subyacentes en la conducta de fumar.

Como se mencionó, el origen del fuerte apego al tabaco por los consumidores de este producto pareciera ser filogenético. Desde tiempos remotos el fuego y lo relacionado con él, ha servido al hombre para mitigar su incertidumbre ante los fenómenos que lo rodean, una especie de magia que se usa para tranquilizarse, o por el contrario, para alentarse en las acciones en las que hay que intervenir; una especie de muletilla o escudo contra las exigencias de la vida y un rito festivo.

Así, a pesar de los esfuerzos científicos encaminados a demostrar, una y otra vez, la objetividad del cigarrillo en su aspecto dañino, como agente, no al servicio de la "buena vida" como lo promueven los grandes monopolios de la industria del tabaco, sino de la "mala muerte", muchas personas continúan fumando.

Por todo lo anterior surge la interrogante de ¿por qué si el fumador tiene cada vez más acceso a esta información sobre los efectos nocivos del cigarro, sigue defendiendo su hábito por sobre toda las cosas? Bueno, es que este hábito está, como toda conducta, motivado por sensaciones y necesidades internas, tales como la tensión, la irritabilidad, la ansiedad, y la misma necesidad de la droga; además de por muchas situaciones externas: las reuniones sociales, las labores del hogar, las exigencias del trabajo, etc.

El fumar es una conducta que generalmente se concreta en la adolescencia, etapa de "vulnerabilidad", dados los cambios internos y externos que enfrenta el joven, buscando consolidar su identidad, dirige su energía a la conquista de nuevos logros, de nuevos vínculos, requiere autoafirmación y se aferra fervorosamente a sus ideales. Además es el período de edad "más puesto en la mira" por los medios publicitarios.

El condicionamiento social juega un papel de suma importancia en el consumo del tabaco. Los factores determinantes son varios y coexisten en todo adolescente: la curiosidad, la imitación, la necesidad de aceptación social, la rebeldía y la necesidad de anticiparse a la adultez. Ahora otra pregunta obligada: ¿por qué algunos siguen fumando y otros no? Esto depende precisamente de la fuerza de los factores determinantes, alimentada por el entorno del joven desde que es niño y la fuerza de las necesidades internas. La familia juega

un rol importante, ya que es el primer grupo en donde el niño nace y se desarrolla. Las enseñanzas y modelos de los padres pueden moldear una conducta fumadora en el hijo, u otras figuras de autoridad pueden hacerlo, que se prestan a la identificación con todo y este atributo, tales como: tíos, primos, hermanos mayores, abuelos, maestros, figuras públicas, etc.

Ahora bien, considérese una pregunta que frecuentemente se hace el fumador: Si yo empecé a fumar muy de vez en cuando un cigarrillo o dos, ¿por qué ahora fumo en forma tan compulsiva y aunque intente dejarlo, no puedo?

El uso del tabaco está reconocido como una farmacodependencia. La hoja de tabaco contiene una substancia que lo hace un agente adictivo, la nicotina. Este alcaloide natural crea una fuerte adicción y tolerancia. Como cualquier otra droga. Cuando una persona empieza a fumar, no tiene la adicción, pero la va desarrollando. La tolerancia se refiere a que, al principio, con una cierta dosis de nicotina, se tienen ciertos efectos pero con el tiempo se requiere de una dosis mayor para obtener los mismos resultados en el sistema nervioso, y ¿qué sucede?, que el cerebro y el resto del organismo se adaptan y después la necesitan para su funcionamiento. Algunas particularidades de la nicotina son las siguientes: su efecto es muy rápido, llega al cerebro 7 segundos después de la inhalación del cigarro; es vasoconstrictora y tiene una doble función: sirve como relajante y como estimulante. Esta función bifásica es muy atrayente, porque brinda 2 "servicios" opuestos y complementarios, según lo requiera el fumador. Este aprende azarosamente a fumar, para sedarse o estimularse, según el estado de ánimo, la actividad que está realizando o la situación en la que se encuentre.

Así, la nicotina desarrolla en el sujeto que la utiliza, dos tipos de dependencia: la dependencia física y la dependencia psicológica. Ambas corren paralelas pero se ha visto que la más difícil de eliminar es la segunda, ya que esta se alimenta de la física y del medio ambiente que tanto se esfuerza porque así sea.

La dependencia psicológica se instaura, gracias a las propiedades de la nicotina, por un lado, y por la continua "alimentación" de las expectativas de ya tenía el candidato a fumador, por otro lado. Conductualmente, se puede explicar esta dependencia haciendo referencia al concepto conductual de reforzamiento. A todo estímulo corresponde una respuesta y ésta será reforzada, positiva o negativamente. En la conducta del fumar, prevalecen los reforzamientos positivos, gratificantes sobre los negativos, debido a que los efectos sobre el organismo generalmente afloran después de un largo período de tiempo, y si se presentan molestias, la necesidad emocional las minimiza.



A continuación se enumeran los motivos que según Russell (1979) mantienen al fumador como tal. Se dividen para fines explicativos pero en menor o mayor medida todos coexisten:

a) motivo psicosocial: se refiere a que el fumador se ve inducido a fumar por presentarse una situación social o por considerar al cigarro como un acompañante, un "ser social" que le hace más tolerable la soledad. Así, las reuniones sociales, los juegos de azar, las fiestas, etc., cualquier situación grupal lo invita a que fume y siente que no puede dejar de hacerlo;

b) estímulo: En este, el individuo usa al cigarro para escapar de situaciones monótonas o rutinarias y poder seguir realizándolas requiriendo del efecto estimulante de la nicotina.

c) manipulación: se refiere a que el fumar se convierte en un ritual sensoriomotor, ya que el cigarro estimula los sentidos. Así, a éste le agrada jugar con la cajetilla y con el cigarrillo, golpearlo, destruirlo, olerlo, estrujar el celofán de la cajetilla, hacer círculos de humo, etc.

d) esparcimiento: En él, el individuo se abandona al placer de fumar y no realiza ninguna otra actividad. Es el premio a lo terminado o el aliento para continuar.

e) reducción de tensión: El fumador aprovecha el efecto relajante de la nicotina y lo "potencializa" emocionalmente con la idea de que es un excelente "pañito de lágrimas" o "canalizador de ansiedades". Así, ante situaciones estresantes, fumará más y con mayor fuerza y profundidad.

f) necesidad: se refiere al aspecto biológico, es decir, de dependencia física o adicción al tabaco. Este se observa cuando el fumador al no fumar durante algún período de tiempo, siente muchas ansias por hacerlo o molestias de abstinencia de nicotina (ansiedad, irritabilidad, sudoración, dolor de cabeza, etc.) y al fumar desaparecen tales molestias. También se observa cuando, el fumador aún enfermo, no puede dejar de fumar.

g) hábito: más que un motivo es lo que engloba toda la conducta repetitiva de fumar. Así, ésta se hace automática, se fuma por inercia. El sujeto prende más de un cigarro a la vez o no recuerda dónde dejó otro encendido, etc. En su aspecto más elemental un hábito funciona como una máquina, es relativamente estable y está formado por un montaje de reflejos condicionados que se encadenan entre sí.

## b) Tabaquismo y personalidad.

Cherry y Kiernan (1979 en Baer y Mailat, 1991) realizaron un estudio longitudinal sobre tabaquismo y personalidad tanto en hombres como en mujeres miembros del Instituto Nacional de Salud y Desarrollo de Gran Bretaña que constituyó una muestra estratificada de jóvenes seguidos desde su nacimiento. Sus fechas de nacimiento comprendían del 3 al 9 de marzo de 1946 y habían sido seguidos desde al menos 2 meses de edad. Entre 1962 y 1963 (como a los 16 años) llenaron la versión corta del Inventario de Personalidad de Maudsley y cuando sobrepasaron los 20 años completaron un cuestionario en el que reportaban su edad de inicio en el fumar, consumo diario y si le daban el golpe al cigarrillo o no. A los 25 años (en 1971) se les preguntó si inhalaban "profundamente", "moderadamente", "levemente" o "nada". También se les interrogó sobre la marca de cigarros preferida.

El estudio comprendió a 2753 sujetos fumadores sólo de cigarrillo, de pipa o puro fueron excluidos. Lo que se pretendía encontrar era la hipótesis de que o eran extrovertidos o eran introvertidos que ha sido tan ampliamente estudiada (Colley y cols. 1973; Kiernan y cols. 1976 en Cherry y Kiernan) pero en esta ocasión el intento inicial fue observar resultados globales de que los extrovertidos son más fumadores que los introvertidos y sobre la idea de que la extroversión es antes que el tabaquismo y no consecuencia del mismo.

Dentro de los primeros resultados se encontró que los no fumadores eran menos extrovertidos y más estables y quienes eran fumadores desde edad muy temprana eran más extrovertidos y más neuróticos que los que se iniciaban a fumar después de los 16 años.

También se encontró que los sujetos que se iniciaban a fumar más tempranamente eran después fumadores más "pesados", esto es, fuman más de una cajetilla diaria y también eran más extrovertidos y más neuróticos. Asimismo, además del consumo diario, todas las demás variables se correlacionaron tanto con extroversión como con neuroticismo.

En la muestra de no fumadores, el 44% de los hombres y el 32% de las mujeres calificaron como introvertidos y en la muestra de fumadores, el 73% de los hombres y el 62% de las mujeres calificaron como extrovertidos y correlativamente como neuróticos.

Eysenck es un autor anglosajón que ha realizado amplios estudios con fumadores (1960, 1963) encontrando también una alta correlación entre tabaquismo y extroversión. También él

encuentra que los fumadores pesados son más extrovertidos. Eysenck comenta que un sujeto extrovertido es un sujeto excitable, no introspectivo, muy amigable. También lo describe como impulsivo, optimista, poco realista, gastador y que pierde el tiempo fácilmente. En cambio al introspectivo lo describe como: quieto, introspectivo, reservado y distante con las demás personas; poco amante de lo incierto y lo espontáneo, realista pero pesimista, poco abierto en sus sentimientos y muy controlado. El que califica alto en su aspecto de neuroticismo lo considera un sujeto con labilidad emocional, conducta lábil, muy ansioso, irritable, fatigado, excitable e inestable.

Eysenck creó un cuestionario para medir los aspectos anteriores y lo ha aplicado extensamente en fumadores. Él ha encontrado que los exfumadores puntúan entre el bajo y el mediano grado en la escala de extroversión. Estudios en ambos sexos confirman siempre lo anterior. Eysenck comenta que existe menor consistencia en la evidencia de la relación entre tabaquismo y neuroticismo. Sus estudios en hombres no reflejaron una correlación significativa y un estudio realizado con 253 mujeres estudiantes no reveló tampoco diferencias significativas en la escala de neuroticismo entre no fumadoras, exfumadoras, fumadoras ligeras y fumadoras medianas. No se evaluó tabaquismo grave porque hay muy pocas fumadoras pesadas en un colegio.

Por otra parte, Eysenck (1980) ha postulado que las razones por las que consumen más frecuentemente substancias adictivas los extrovertidos y los neuróticos son fisiológicas. Spielberger (1986) resume la hipótesis de Eysenck así:

"Los extrovertidos tienen un mayor umbral de sensibilidad cortical...y entonces, más tendencia al aburrimiento. Los neuróticos, personas ansiosas poseen un sistema nervioso autónomo lábil y mayor disposición genética para reaccionar con mayor intensidad emocional a los estímulos estresantes... personas con un alto puntaje de extroversión o neuroticismo, tienden a fumar más, aunque por diferentes razones" (pág. 311).

Smith (1970 en Aragonés, 1981) ha encontrado los siguientes rasgos de personalidad en la mayoría de los fumadores: mayores tendencias antisociales, mayor puntaje en las escalas de extroversión, mayor oralidad, pobre salud mental, menos rigidez, mayor desorden e impulsividad y menos fuerza de carácter. Asimismo, mayor locus de control externo que interno.

Foreyt, Jackson, Squires, Harting, Murray y Gotto (1993) evaluaron el perfil psicológico de estudiantes de ambos sexos provenientes de diferentes colegios y universidades del estado de Texas. Los investigadores les aplicaron un cuestionario

sobre "su estilo de vida", otro sobre su uso de tabaco, el inventario de personalidad de Eysenck y el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger.

Encontraron que, en general, los jóvenes que utilizan tabaco son más extrovertidos y tienen menor puntuación en el inventario de ansiedad, tanto en su factor rasgo como en el de estado; son más desinhibidos y con niveles de preocupación y tensión menores que los no fumadores. Sin embargo, son más impulsivos y tienden fácilmente a perder el control y son típicamente descritos como antisociales: los que usan el tabaco en forma de goma de mascar o de rapé, a diferencia de los que fuman cigarrillos. Asimismo, son mucho más susceptibles a la influencia del grupo.

Heaven en 1989 realizó un estudio en adolescentes fumadores midiendo el grado de psicoticismo (término acuñado por Eysenck) y la actitud hacia la autoridad. La muestra fue de 193 adolescentes. El autor aplicó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y la Escala de Actitudes ante la autoridad de Rigby (1982).

Encontró que el factor de psicoticismo no era relevante sino sólo en sus aspectos de rebeldía y agresión y sí se relacionaba significativamente con el mayor uso de tabaco. Por otra parte, encontró que los adolescentes varones tenían una actitud negativa hacia el ejército y las mujeres hacia la ley.

Aragónes comenta que: "Otros autores han descrito una personalidad pretoxicómana que se manifiesta en inseguridad, poca tolerancia a la frustración, carencia de control interno e inmadurez en general" (pág. 49).

Van Hasselt, Hersen, Null, Ammerman, Bukstein, McGillivray y Hunter hicieron en 1993 un reporte muy interesante sobre los aspectos familiares y socioculturales que prevalecen en el inicio del abuso de sustancias en las minorías étno-raciales en los Estados Unidos de América. Estos autores revisan un programa norteamericano llamado "Proyecto para liberarse del Abuso de Sustancias", en inglés "Substance Abuse-Free Environment (SAFE)" diseñado por la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, específicamente para negros y otros grupos minoritarios en 1984.

La Task Force fue concebida en respuesta a la necesidad de logros y mejoras en la salud de los grupos antes mencionados ya que como dice Bell (1991): "el abuso de cualquier droga afecta el empleo, la educación, el crimen, el hogar, el cuidado de la salud, la progenie". (pág. 1).

De acuerdo con Kandel (1982) tres variables son altamente

predictivas de la potencialidad de iniciarse en el abuso de sustancias:

- 1) El uso de drogas por parte de los padres.
- 2) Las actitudes de los padres hacia las drogas.
- 3) La calidad de las relaciones padres-hijos.

La presencia de tabaquismo en ambos padres puede determinar que el 13.5% de varones y el 15.1% de niñas lleguen a fumar. Si uno sólo de los padres fuma las cifras descienden a 9.1% para los varones y 12.7 para las niñas y, sin ninguno de los padres fuma, al 5.6% para los varones y 6.5% para las niñas.

Asimismo, cuando un sólo padre está presente en la familia se incrementan las posibilidades de ser tabaquista. En una encuesta norteamericana en 1979 se encontró que el 19.3% de varones y el 21.2% de mujeres adolescentes son fumadores y pertenecientes a hogares con un sólo padre mientras que en hogares donde se encuentran ambos padres sólo se encontró un 8.6% de hombres y un 10.7% de mujeres que consumen tabaco.

Existen resultados contradictorios acerca de la relación entre el sexo del progenitor fumador y los hábitos de fumar de los hijos.

Los resultados más consistentes mencionan que en hogares constituidos por los dos padres, en los cuales sólo uno de ellos fuma, sus hijos, entre los 17 y 18 años de edad, es muy probable que empiecen a fumar si la madre es la que lo hace. Otros estudios han identificado una relación de sexo padre-hijo, esto es, el niño que empieza a fumar es del mismo sexo que el progenitor que lo hace.

Allegrante, O'Rorke y Tuncalp (1978) encontraron una relación significativa entre la conducta fumadora de la madre y la de sus hijos varones, no así en sus hijas. Asimismo, no encontraron relación entre la conducta fumadora del padre y algún hijo de cualquier sexo. En contraste con estos resultados, Schneider y col. no encontraron nada significativo en ninguna de las correlaciones planteadas.

La conducta de fumar como resultado de la conducta de los padres se explica por el efecto de la imitación, la permisividad (real o imaginaria) y la disponibilidad de cigarrillos en el hogar. Asimismo, si otro adulto que vive en el hogar fuma las posibilidades aumentan, entonces la probabilidad se reporta en un 17 % para los varones y en un 19.3% para las mujeres.

c) Actitudes hacia el propio tabaquismo.

Actualmente resulta ampliamente reconocido que la dependencia al tabaco es más común que la de a otras drogas. Por un lado, se ha conceptualizado al tabaquismo como una enfermedad con necesidad de tratamiento. Por otra parte, se cree que los factores motivacionales para "elegir" o "no elegir" fumar son los que influyen de manera muy importante en el mantenimiento del hábito y en la dificultad de abstenerse sin fumar (Schachter, 1982).

Eiser y Van Der Pligt (1986) evaluaron la percepción acerca del propio tabaquismo en 233 fumadores crónicos y, después de hacer un análisis factorial se obtuvieron dos factores: el primero fue el de "enfermo", el cual reflejaba la tendencia a ver al tabaquismo como una enfermedad con una gran preocupación por sus consecuencias a la salud. El segundo fue el de "adicto" e implicaba un sentimiento de incapacidad para dejar de fumar reforzado por varios intentos previos en los que no habían tenido éxito.

Los investigadores encontraron que los sujetos con una "alta percepción" de que son "enfermos" ven el dejar de fumar como un gran beneficio, sobre todo en términos de reducir el riesgo de contraer un cáncer. Una "alta percepción" de ser "adicto" fue en su mayoría dada por mujeres y por ancianos, quienes aunque reconocen ser extremadamente dependientes emocionalmente del tabaco ven menos beneficios en el dejar de fumar.

d) Razones para dejar de fumar.

Gilpin, Pierce, Goodman, Burns y Shopland (1992) realizaron una encuesta sobre las razones que tienen para dejar de fumar en una muestra de 3788 sujetos quienes reportaban el deseo de hacerlo o ya lo habían logrado. Los autores encontraron que las dos terceras partes de la muestra dijeron querer dejar de fumar o haberlo hecho por razones de salud o por miedo a enfermarse. Aproximadamente un 20% citaron razones sociales, siendo el mayor factor de presión social la familia o los amigos. Sólo el 9% enunció hacerlo por el costo económico.

## CAPITULO IV. LA TERAPEUTICA DEL TABAQUISMO

### 1) Métodos para el abandono del hábito tabáquico.

En diversos países ya se están llevando a cabo múltiples acciones encaminadas a erradicar el tabaquismo. Los frentes de acción van desde el ejercicio médico hasta el legislativo.

Un punto de sobresaliente interés es el que se refiere a los métodos y técnicas que permiten al fumador abandonar este hábito de manera eficaz. Las tasas de éxito se sitúan entre el 10 y el 25% a un año de seguimiento para la mayoría de los programas de tratamiento. Así, gran parte de la información obtenida hasta el momento sugiere que es más fácil dejar de fumar pero los métodos no consiguen en un porcentaje elevado que el sujeto se mantenga sin hacerlo por un tiempo mayor de tres o seis meses.

Los criterios que se aplican para evaluar un tratamiento para dejar de fumar son los siguientes: a) aceptabilidad por los fumadores; b) eficacia; c) seguridad (reacciones secundarias no riesgosas, y d) disponibilidad y accesibilidad.

Se sabe que los métodos para dejar de fumar se engloban en forma general, en las técnicas conductuales. El modelo médico también ha aportado técnicas y el social otro tanto. Existen, así, la terapia cognitivo-conductual, la terapia aversiva, las técnicas autoadministrables, la acupuntura, la homeopatía, la terapia de grupo con orientación cognitivo-conductual, la psicoterapia, la alopatía, la hipnosis, etc.

Así cada tipo de terapéutica, aún dentro de la medicina, se ha preocupado por desarrollar algún sistema para erradicar esta adicción. Sin embargo, estas técnicas van dirigidas fundamentalmente al abandono inmediato del tabaco sin considerar la reincidencia, o atacan sólo un aspecto de la compleja conducta del fumar, ya sea el elemento físico, biológico o el mental, como lo sería la hipnosis.

Un 18% de los fumadores dejan el hábito por sí solos (Aragónés, 1981). Esto tiende a ocurrir generalmente después de los 30 años y se incrementa con la edad, especialmente después de los 60 años.

Russell (1971) explica que las razones dadas para dejar el cigarro pueden agruparse en seis incisos:

1. Razones de salud por padecer de síntomas como tos, flemas, inflamación de la garganta, disnea o problemas digestivos. El temor al cáncer pulmonar es muy frecuente que se manifieste como argumento para dejar de fumar.

2. Razones de costo, que es la segunda causa aludida después de la salud. Para los adolescentes Russell encontró que era la principal causa.

3. Presiones sociales.

4. El ejemplo de médicos, parientes, profesores, que no desean que los demás fumen.

5. Un deseo de demostrarse a sí mismos que lo pueden dejar de hacer (por autoestima).

6. La sensación de que fumar es algo sucio y de mal gusto.

### La Terapia Conductista.

Este tipo de terapia ha ganado un gran aceptación como un conjunto de técnicas útiles para diversos padecimientos y adicciones. Actualmente, esta teoría es la que predomina para el estudio y la intervención en tabaquismo.

La perspectiva basada en el aprendizaje posee el atractivo de que refiere respetabilidad científica fácilmente demostrable. Así pues, en los últimos años las técnicas de modificación de conducta han venido a constituir lo común en la psicología aplicada. Los representantes de esta escuela afirman que la conducta de fumar es aprendida, moldeada por el entorno y que se mantiene gracias al reforzamiento repetitivo y constante que implica la adicción. Así los conceptos de estímulo (todo lo que se asocia con el cigarrillo y el cigarrillo mismo), respuesta (el fumar) y reforzamiento (los efectos estimulantes o relajantes del cigarro) ocupan un lugar importante para explicar y corregir esta conducta.

Dentro de estas técnicas se encuentran las siguientes:

1) Condicionamiento aversivo: La meta perseguida por el terapeuta es castigar la conducta de fumar (Bernstein, 1970 y Hunt y Respalec, 1974). En estos procedimientos la conducta de fumar un cigarrillo va seguida de un estímulo aversivo. Dentro de esta técnica se encuentran:

a) Los Choques eléctricos: Powell y Azrin (1968) trataron de castigar la conducta de fumar con choques eléctricos fuera del laboratorio. Diseñaron un dispositivo mecánico adaptado a la cigarrera que producía una descarga eléctrica cada vez que era abierto antes de un determinado tiempo. La mitad de los sujetos abandonaron el experimento y la otra mitad fue mostrando un decremento en la frecuencia de fumar en la medida que se incrementaba la intensidad de la descarga. Sólo uno de



los sujetos dejó de fumar, los demás redujeron su tabaquismo en un 30%. Al eliminar la contingencia del choque todos volvieron a fumar como lo hacían con anterioridad.

Chapman, Smith y Layden (1971) utilizaron una combinación de choque eléctrico y autocontrol. Manejaron dos grupos de sujetos, uno de los cuales fue objeto de seguimiento dos semanas después del tratamiento y, el otro, seguido durante 11 semanas. Los autores llegaron a la conclusión de que: 1) el choque eléctrico combinado con el autocontrol eliminará el tabaquismo en la mayoría de los sujetos y 2) el seguimiento por parte del terapeuta parece ser una variable importante en la deshabitación, ya que el grupo de seguimiento breve obtuvo un porcentaje de éxito de 25% mientras que el de seguimiento a 11 meses obtuvo uno de 50%.

En términos generales, en casi todos los experimentos aversivos donde eran utilizados choques eléctricos (Koering y Mastera, 1965; Steffy, Meichebaum y Best, 1970; Russell y col. 1976) quedó demostrada una alta reincidencia al poco tiempo de finalizar el tratamiento.

b) Sensibilización cubierta. El desarrollo de esta técnica se debe a Cautela (1970, 1972) y es un procedimiento similar al de desensibilización sistemática desarrollada por Wolpe. La aplicación de este tratamiento sigue los siguientes pasos: en primer lugar se pide al sujeto que se relaje y se imagine a sí mismo tomando un cigarro de su cajetilla. Se insiste en que visualice perfectamente bien el cigarrillo dirigiéndose a su boca y en la medida en que lo acerca a ella, que empiece a sentir náuseas, deseos de vomitar, etc. Posteriormente se le pide que experimente el bienestar de haber podido evitar el fumar. Se repite el experimento en varias ocasiones pidiéndole al sujeto que se imagine las escenas cotidianas en las que habitualmente se le antoja fumar.

c) Bocanadas rápidas de humo y aire humeante caliente. Este tipo de técnica toma como estímulo aversivo el acto de fumar en sí, ya sea en forma rápida o en combinación con aire saliente y humeante (Schmal, 1972, Lichtenstein, 1973).

Schmal utilizó la combinación de fumar rápido y aire caliente obteniendo un 64% de éxito a seis meses. Lichtenstein, eliminando el aire caliente, no encontró diferencias significativas en los resultados (60% de abstinencias a los seis meses). Para este último autor, la técnica de fumar rápido ha producido los mejores resultados entre todos los tratamientos de terapia conductual utilizados para el tabaquismo.

La técnica y los resultados logrados por Lichtenstein son consistentes con la hipótesis de que el tratamiento aversivo es más efectivo, cuando el estímulo aversivo utilizado comparte la

misma modalidad sensorial que la conducta a suprimir, lo cual también apoyó Flaxmann en 1976. Otra de las ventajas de esta técnica es que el fumar permite evitar los síntomas de supresión y el estímulo aversivo se encuentra siempre presente cuando el sujeto incurre en el tabaquismo. Menciona Aragonés que otros investigadores no han podido replicar los resultados.

Lando (1975) realizó un estudio comparativo entre el fumar rápido y fumar en exceso en fumadores crónicos. En su experimento procuró eliminar en lo posible los factores de la relación interpersonal, que para él Schmall y Lichtenstein explotaron deliberadamente.

Con el grupo que fumó rápido obtuvo un 57% de abstenciones en el hábito en la primera semana después de finalizado el tratamiento y 36% a los dos meses. En la modalidad de fumar excesivamente la tasa de reducción fue de 46%, tanto a la semana como a los dos meses.

Curtis y Simpson (1973) evaluaron la utilidad del procedimiento de fumar rápido bajo dos condiciones de tratamiento. La primera consistió en fumar rápido además de discusión en grupo y, la segunda, únicamente la discusión en grupo. Los autores no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, obteniendo el 15% de abstenciones a los 5 meses de seguimiento.

La reincidencia a largo plazo encontrada después de la aplicación de estas técnicas sigue siendo la regla y no la excepción. Las diferencias entre los diversos estudios puede deberse a problemas metodológicos y a la interferencia de variables no controladas como la personalidad del terapeuta, entre otras.

d) Sobresaciedad. Keutzer (1968) aplicó un procedimiento al que llamó "práctica negativa", que estaba fundamentado en la idea de que no es la repetición per se lo que fortalece el hábito, sino ciertos factores que operan durante y a través de la repetición. Esta investigadora trató de eliminar el tabaquismo en los sujetos del experimento, sensibilizándolos respecto a las sensaciones molestas del fumar, en el momento en que los sujetos lo hacían. Los resultados obtenidos fueron muy pobres.

Resnick (1968) asimismo pensó que a través de la sobresaciedad podría convertirse el fumar en estímulo aversivo. Instruyó a sus pacientes para que duplicaran y triplicaran sus tasas de consumo durante una semana. A los 4 meses el 63% de los sujetos seguían en abstinencia. Otros investigadores no pudieron duplicar los mismos resultados (Marston y McFall, 1971; Lando, 1975).

Utilizando una aproximación diferente a la sobreesadidad, Marrone y col. (1970) investigaron el efecto de las condiciones de fumar continuamente en dos grupos de sujetos, en uno fumando durante 10 horas sin interrupción y en otro, durante 20 horas. A los seis meses los sujetos de este grupo seguían en abstinencia mientras que los de aquél, mostraron una tasa de reincidencia más alta.

2) La Hipnosis. La hipnoterapia es un estado mental de concentración focal intensificada y de disociación de la conciencia en un individuo que, en efecto, abandona el autocontrol y se somete pasivamente a la voluntad del hipnólogo. Se ha sugerido la hipnosis como un adjunto valioso para el tratamiento de la obesidad, el tabaquismo, la homosexualidad, el juego compulsivo y otras formas de trastornos compulsivos. También se ha recomendado para fobias y obsesiones. Sin embargo, este método tiene desventajas y riesgos importantes.

Los estudios objetivos sobre hipnosis son engañosos. Muchas personas no pueden ser hipnotizadas; por otra parte, el alivio de los síntomas, cuando ocurre, es a menudo transitorio, los cambios de conducta son efímeros y pueden ocurrir reacciones no deseables.

La hipnosis trata a los síntomas y no a las personas o sus enfermedades. Un paciente puede ser inducido a dejar un síntoma y desarrollar otro. El tabaquismo en cadena puede ser substituido por la obesidad, ésta por el alcoholismo o el alcoholismo por la depresión. Sugestiones específicas pueden causar efectos colaterales inesperados. Según la estructura psíquica del paciente puede ser peligroso su uso por una "catarsis explosiva" y provocar una descompensación de una estructura mórbida. Los aspectos inconscientes son innegables, sin embargo, aún siendo una gran terapéutica y toda una disciplina científica el psicoanálisis, el cual ya no emplea la hipnosis, se ha visto que no funciona para la eliminación del tabaquismo ya que al ser una terapia correctiva y por tanto muy profunda, cuyo método exige mucho gasto de energía, la dificulta.

3) La Acupuntura. Urgellés, investigador del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la Habana, Cuba, escribió un folleto sobre la acupuntura contra el hábito de fumar en 1990. Menciona el doctor Urgellés que en 1982 recibieron un artículo relacionado al descubrimiento de un nuevo punto de acupuntura que detenía la tendencia a fumar. Un investigador llamado Olms descubrió en 1981 este punto en la zona de la muñeca, utilizándolo inicialmente contra la tos que él mismo padecía, y observó que, extrañamente, ya no sentía la necesidad de fumar, siendo él un fumador compulsivo. Posteriormente, lo utilizó en un gran grupo de fumadores y obtuvo un 80% de efectividad.

En este tratamiento se observa que el sujeto refiere sentir un sabor metálico o amargo en la boca, el cual hace que rechace el cigarrillo.

Otro método que refieren los estudiosos del problema en Cuba es el de la "Facio-terapia cibernética", creado por el profesor Bui Quoc Chau de la ciudad de Ho Chi Minh de la República Socialista de Vietnam. Este método es muy sencillo y consiste en presionar algunos puntos de la región de la cara con un instrumento en cuya punta hay una superficie roma de 2 mm aproximadamente. Los investigadores cubanos reportan un porcentaje de éxito de 60% advirtiendo que la población que han estudiado es pequeña y siguen investigando.

4) Suplementos de nicotina. Se ha observado como se ha extendido el uso de agentes que contienen nicotina como una forma de tratamiento contra el tabaquismo y con el objeto de reducir las molestias del síndrome que sobreviene al dejar de fumar.

El chicle o goma de mascar con nicotina ha sido ampliamente utilizado y estudiado. La clodinina, substancia con una estructura química muy parecida a la nicotina, también ha sido ampliamente usada y objeto de investigación.

Lo último que se está utilizando y todavía ha sido poco aplicado, y por tanto, poco investigado, es el parche transdérmico de nicotina.

En 1989, Müller, Mauli y Milavanovic, realizaron en Suiza, una serie de estudios sobre los efectos farmacológicos del sistema del parche transdérmico aplicado a seres humanos, encontrando que su tolerancia era buena. Los autores encontraron que los efectos sobre el sistema nervioso central son semejantes a la nicotina ingerida vía cigarrillo, específicamente, sobre la elevación de las catecolaminas plasmáticas, lo que lo substituye en cuanto a la sensación que produce éste a nivel subjetivo (de estimulación o relajación), de forma tal que el fumador añore menos el cigarro. En contraste con el cigarrillo, el parche no tiene efectos sobre la pensión sanguínea y la temperatura de la piel.

Ese mismo año, Buchkremer y Minneker, de la Universidad de Münster en Alemania, realizaron un estudio llamado "Eficiencia de la Terapia Multimodal para el abandono del tabaquismo combinada con el Parche Transdérmico". La terapia multimodal se refiere a la terapia conductual. En este estudio ellos compararon 3 grupos en 3 distintos procedimientos: 1) terapia conductual más parche; 2) terapia conductual más parche placebo; y, 3) terapia conductual sin parche. Encontraron que el grupo más exitoso fue el grupo número 1, que utilizó el método psicológico en combinación con el farmacológico. Asimismo,

encontraron como reacción colateral el plurito y el eritema en el 20% de los casos, habiendo tenido los individuos una revisión dermatológica previa al estudio.

Otro estudio fue el realizado por Abelin y cols., también en Suiza, en 1989, sobre la efectividad del sistema transdérmico de nicotina para dejar de fumar. Estos investigadores llevaron a cabo un estudio doble ciego de parche de nicotina contra parche placebo por un período de 12 semanas y con consultas semanales a un médico general.

Después de 1, 2 y 3 meses de tratamiento, el 41, 36 y 36%, respectivamente, de los participantes estaban sin fumar. En el grupo placebo fueron del 19.4, 20.4 y 22.5%, respectivamente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. En el grupo de nicotina no se reportó aumento de peso, cosa que sí ocurrió en el grupo placebo. El deseo de fumar y los síntomas de abstinencia fueron menores en el grupo de nicotina.

Los períodos de abstinencia, inicialmente fueron elevados: 51.8% para el grupo de nicotina y 28.6% para el placebo, esto a las 3 semanas de concluido el tratamiento. Como se observa las diferencias fueron significativas pero mencionan los autores que hay que estudiar más grupos y los efectos del parche. Enfatizan que las razones de reincidencia en el hábito siempre tienen que contemplarse desde el plano psicológico.

#### 5) Otros Procedimientos.

a) Procedimiento de abandono natural contra suspensión brusca. Los fumadores deseosos de dejar de fumar tienen dos opciones de hacerlo, una, dejar bruscamente el cigarrillo, y la otra, irlo disminuyendo gradualmente. El propósito de abandonar gradualmente el cigarrillo es evitar los molestos síntomas de suspensión.

Es importante distinguir entre los fumadores que disminuyen paulatinamente su tasa de consumo para abandonar totalmente el hábito de aquellos que lo hacen únicamente para disminuirlo. Para Flaxmann (1978) esta técnica ha sido útil para preparar al sujeto antes de dejar de fumar totalmente.

Las aproximaciones más simples del procedimiento de abandono gradual son: 1) el automonitoreo y 2) establecer una cantidad regular de cigarrillos para fumarse por día o bien ir incrementando el tiempo entre cigarro y cigarro en forma paulatina. Otra aproximación podría ser que el fumador fuera realizando menos bocanadas por cigarrillo.

Rozensky (1974) comparó el efecto de dos condiciones de autorregistro sobre la conducta de fumar (registro antes de fumar y registro después de hacerlo). La introducción del

procedimiento de automonitoreo previo eliminó completamente la conducta de fumar en una mujer de 49 años, sin embargo, para Aragonés (1981) se necesita más información sobre el efecto de este tipo de variable.

Frederiksen (1975) estudió tres condiciones de automonitoreo en tres grupos. El primero tenía que realizar un registro continuo de cada cigarrillo fumado en el día; el segundo realizaba un registro diario al finalizar cada día del número aproximado de cigarrillos, y el tercero, realizó el registro semanalmente. El experimento duró cinco semanas. Los resultados indicaron que la condición de registro continuo arrojó mejores resultados que en las otras dos modalidades, diferencia que empezó a ser significativa a partir de la tercera semana. A los seis meses de seguimiento no hubieron diferencias significativas entre los tres procedimientos.

Aragonés reporta que dos procedimientos que han sido utilizados para esta técnica son: 1) una cigarrera con un dispositivo mecánico que no se abre antes de un determinado tiempo; 2) una alarma que suena cada vez que el sujeto puede volver a fumar, programando en ambos casos el tiempo cada vez más largo entre un cigarrillo y otro (Azrin y Powell, 1968; Levinston y col., 1971; Shapiro y col. 1971).

Otra aproximación para minimizar la influencia de los estímulos sobre la conducta de fumar consiste en identificar los estímulos asociados con el fumar y hacer una ordenación jerárquica para dejar de fumar en cada situación. El siguiente paso consiste en que el individuo abandone los cigarrillos en la situación evaluada por él como la más fácil, progresando hacia arriba en la jerarquía según el grado de dificultad. Diversos autores como McFall (1971) y Sachs, Bean y Morrow (1970) no reportaron ningún grado de éxito con este procedimiento.

Así, tanto la reducción gradual como el control de estímulos, no han aportado buenos resultados ya que la tasa de consumo en forma inmediata se incrementa debido a las dependencias física y psicológica (Dubren, 1977; Levinston, 1971; Nolan, 1968).

Hasta el momento, un período breve de reducción en el tabaquismo (no mayor de una semana) seguido de suspensión abrupta y total parece ser el mejor método para dejar de fumar (Wynder y Hoffman; 1979).

b) Autocastigo. Representa una forma de programación conductual (Mahoney y Thorensen, 1974). En el autocastigo positivo, el sujeto se quita algún estímulo positivo después de la conducta indeseable (fumar). El autocastigo negativo se

refiere a realizar una conducta que no gusta por haber fumado, como por ejemplo, pagar una cierta cantidad de dinero a alguien, etc.

Mees y Kreutzer (en Aragonés, 1981) utilizaron condiciones en donde se instruyó a los sujetos para que detuvieran la respiración hasta que se tornara aversiva cada vez que tuvieran deseos de fumar, con resultados nada alentadores.

Gould y Whitman, Marston y McFall (en Aragonés, 1981) utilizaron diversas drogas como estímulos aversivos que los sujetos tomaron cada vez que deseaban fumar. Los resultados inmediatos de estas técnicas han sido diversos, pero en todos, los sujetos con el tiempo vuelven a fumar (Curtis, Simpson y Cole, 1973). Este método intenta conseguir el aborrecimiento del hábito por sustancias entre las que se encuentran: el nitrato de plata, el sulfato de cobre, el sulfato de hierro, los preparados de alóe, la ectrinicina, la atropina y el opipramol. Ninguno de estos productos tiene importancia práctica y sí muchos riesgos.

#### 6) Terapéutica Substitutiva.

Mediante ésta se trata de ofrecer al organismo una substancia que posea acciones similares a las de la nicotina. Dorsev (1936) utilizó por primera vez con este fin la lobelina. Desde entonces se han publicado numerosos trabajos sobre el empleo clínico de la lobelina o de preparados que la contienen como el unilobin, el citotal, el phlemin, etc. Kuhnen (1957) demostró en experimentos con animales que la lobelina es capaz de substituir a la nicotina. Sin embargo, las altas dosis necesarias para este tratamiento deben considerarse, ya que es una substancia que ayuda a la liberación de serotonina. Este mismo autor desaconseja, por tanto, su utilización. Los éxitos clínicos son contradictorios, y en general, poco convincentes. Menciona Aragonés (1981) que no se ha encontrado ningún trabajo que publique los resultados tardíos del tratamiento con lobelina.

Schmith (1968, en Aragonés, 1981) utilizó el salurético dihidroclorotiacina y obtuvo éxitos dignos de consideración. Benndorf y Scharffenberg (1969) reportaron éxitos del 30% con este producto. Estos autores encontraron que con el alcaloide citicina se ayuda a dejar de fumar. Realizaron un estudio doble ciego, y a las cuatro semanas encontraron un 76.4% de abstenciones en el grupo experimental mientras que en el grupo placebo sólo se dió el 30.6% de abstenciones.

Se informa aisladamente el empleo de preparados sedantes para lograr la deshabitación a la nicotina pero los resultados son mínimos. Se citan, entre otros, el clorhidrato de hidroxicina (atarax), las anfetaminas como el benzedrin y el

clordiacepoxido (librium). La opinión general es que no existe un preparado capaz de suprimir el deseo de fumar. Sigue siendo algo decisivo el firme deseo de dejar de fumar ya que el deseo de hacerlo no puede substituirse por ninguna tableta.

#### 7) Consejo Médico.

Mausner, Mausner y Raw (1968) demostraron que una advertencia sería por parte del médico en una visita rutinaria produjo que una tercera parte de los pacientes dejaran de fumar por un plazo de al menos seis meses. Burns (1969) reportó que un 47% de los pacientes que asistieron a una clínica de torax dejaron de fumar por más de tres meses después de un chequeo de rutina si el médico se los aconsejaba así. William (1969) encontró un 23% a seis meses bajo las mismas condiciones.

En ocasiones los fumadores dejan de fumar espontáneamente durante una enfermedad leve. En estos momentos los médicos deberían urgirlos a no seguir fumando. Aragonés (1981) afirma que un 54% de los exfumadores que dejaron el cigarrillo por motivos de salud lo hacen a instancias del consejo médico y que únicamente el 20% de los fumadores mencionan que su médico les haya advertido que dejaran de fumar (McKinnell y Thomas, 1967).

Todo esto indica que una simple advertencia por parte del médico tiene una buena posibilidad de volverse tan efectiva como cualquier otro método para dejar de fumar.

8) Clínicas de Tabaquismo: En los Estados Unidos de Norteamérica, la clínica para dejar de fumar ha sido ampliamente usada. Sin embargo, los estudios realizados en ellas han tenido muchas fallas de tipo metodológico y un mal empleo de la estadística. Por ejemplo, algunas señalan el porcentaje de éxitos pero no señalan el número de sujetos que empezaron el programa (Wagner, 1971). En otros no se presenta el seguimiento (Bernstein, 1970) y aún en muchas no se llevan a cabo las investigaciones cuidadosamente controladas, ya que por ejemplo, omiten el uso de grupo control (Keutzer y Lichtenstein, 1968).

Wagner (1971) propuso la necesidad de utilizar diversas técnicas para controlar la conducta de fumar en forma integral, en las clínicas contra el tabaco y para tal efecto, realizó un estudio piloto, donde seleccionó a 32 sujetos que recibieron 7 sesiones de una hora de duración y discutieron los peligros del fumar. También se les enseñó a relajarse y se aplicaron técnicas como el rol playing para el trabajo grupal y la técnica de sobreesadidad.

Para la última sesión de este estudio piloto, 22 de los 32 sujetos dejaron de fumar totalmente, pero sin embargo, a los 35



días de seguimiento, el promedio de cigarrillos fumados por día era ya de 9.2 y a los 6 meses, de 20 cigarrillos, sólo 4 menos que el promedio antes de iniciar el estudio.

Ejrup citado por Bernstein (1970), practicó una terapia en la que usó distintas técnicas dentro de un programa de 10 días. Básicamente eran instruidos acerca de los problemas del tabaquismo y se les aplicaba tratamiento con diversos tipos de fármacos. Obtuvo tasas de éxito hasta del 88% al finalizar el tratamiento y así quedó demostrado en las réplicas que se hicieron de su método. Sin embargo, 6 meses después del tratamiento el 50% de los pacientes habían reincidido en el hábito y al año, un 70 por ciento.

#### 9) Estudios comparativos entre diversas técnicas.

En una investigación llevada a cabo por Russell en 1976, se comparó la efectividad de 5 modalidades de tratamiento: 1) la administración de descargas eléctricas durante 20 sesiones, con ensayos contingentes al acto de fumar; 2) una condición simulada de descarga eléctrica, con ensayos no contingentes al acto de fumar; 3) sobresadecidad; 4) terapia de apoyo; y 5) no se administró tratamiento alguno.

Antes de cualquier tratamiento, los sujetos fueron adiestrados en la obtención de un autorregistro y en autocontrol (se les solicitó que controlaran los cigarrillos durante dos semanas, después dejarían de fumar totalmente). Estas medidas hicieron que las tasas de consumo de cigarrillos se abatieran en un 26 por ciento.

El 61% de los fumadores fueron capaces de abstenerse de fumar durante el experimento mientras que sólo el 14% del grupo control lo lograron.

Se encontró que las 4 modalidades de tratamiento fueron igualmente efectivas para eliminar el tabaquismo.

Hunt y Raspalec (1974) realizaron una evaluación extensa de los métodos de modificación de conducta de fumar sobre un total de 89 estudios que reunían los requisitos mínimos de control metodológico. Evaluaron los resultados obtenidos, tanto en abstinencias como en reducciones a corto y a largo plazo, y con métodos de abandono gradual y abandono abrupto. Todos los estudios fueron agrupados en 6 categorías: 1) condicionamiento aversivo; 2) terapias con drogas; 3) terapias de apoyo, de grupo y educativas; 4) hipnosis; 5) modificación de conducta; y 6) misceláneos.

Las conclusiones a las que llegaron fueron: a) que no existen ventajas de ningún método sobre otro que justifique su aplicación en base a mayores tasas de éxito;

b) Independientemente del método utilizado los sujetos que terminan exitosamente el tratamiento, tienen una muy alta posibilidad de reincidir en un período de tiempo aproximado de 3 meses; c) Las tasas de reincidencia son del 70%, en el mejor de los casos; d) No se encontraron diferencias significativas a largo plazo entre el abandono gradual y el abrupto. Los individuos que reducen únicamente sus tasas de consumo al cabo de un tiempo vuelven a sus niveles de consumo habituales.

Wagner y Bragg (1970) investigaron y compararon los efectos de la desensibilización sistemática, la sensibilización cubierta, una combinación de ambas, la relajación y la simple orientación. Se aplicaron sesiones de tratamiento individual de 20 minutos, dos veces por semana, siendo en total 8 sesiones. En las 3 primeras, todos los sujetos recibieron entrenamiento de relajación y en las últimas 5 sesiones se les aplicó el tratamiento experimental en particular.

La combinación de los tratamientos de desensibilización sistemática y de desensibilización cubierta fue superior en todo momento a las demás terapias durante el tratamiento. Sin embargo, su efectividad no fue estadísticamente significativa durante el seguimiento, en relación a las demás técnicas. Se obtuvo un porcentaje de abstenciones con ambas técnicas, a los 90 días, de 13.1%, mientras que con únicamente la relajación, un promedio de 11% de abstenciones.

En una investigación reciente Raw (1976) estudió los efectos de las siguientes 3 variables, sobre la conducta de fumar: 1) orientación a los pacientes por un neumólogo sobre la necesidad de reducir o eliminar el cigarrillo; 2) una entrevista "motivacional" en la que se discutían los riesgos del fumar y las ventajas de no hacerlo, conducida por un psicólogo; y, 3) la misma entrevista motivacional pero ahora el psicólogo vestía una bata blanca.

Los resultados a los 3 meses de seguimiento mostraron que los sujetos aconsejados por el neumólogo redujeron su consumo en un 39% en promedio, comparado con el 17% de reducción para los sujetos que no fueron aconsejados por el médico especialista.

La entrevista "motivacional" no fue efectiva ya que los sujetos que la recibieron como única alternativa, redujeron su nivel de consumo en sólo un 20% comparado con el 39% del grupo que sólo recibió orientación médica. El grupo que recibió la entrevista con el psicólogo vistiendo como médico redujó su consumo en un 46% en comparación con el 17% de los que la recibieron por el psicólogo que no llevaba la bata blanca.

Estos resultados, a criterio del autor, demuestran que el papel del médico dando consejo puede ser usado más efectivamente de lo que comúnmente se cree y que el papel del psicólogo

todavía es más importante gracias al manejo de los problemas conductuales y afectivos ligados al proceso de abandono. Sin embargo, es menester destacar que, por lo menos en ese momento, hubo una mayor credibilidad y confianza en la imagen del médico.

Graff, Mannett y Bash, citados por Bernstein (1970) llevaron a cabo un estudio que se diseñó para investigar los mejores métodos disponibles para tratamiento del tabaquismo. Los cuatro tratamientos evaluados fueron: 1) terapia de grupo; b) hipnosis; c) lobulina y d) clorodiacepóxido.

Los terapeutas encargados de la terapia de grupo y de la hipnosis se encontraban "muy comprometidos" con los pacientes para que éstos dejaran el hábito, mientras que el médico que administraba los fármacos mostró una actitud muy despegada, impersonal. El resultado global mostró que al finalizar el tratamiento 79% dejaron de fumar y a los 3 meses, el 62.5% aún se abstenerían de hacerlo.

Comparando los tratamientos, la hipnosis fue inicialmente la más exitosa con un 100% de abstenciones al finalizar el tratamiento, seguida por la terapia de grupo con un 55%, el clorodiacepóxido, con un 33% y la lobulina con un 29%. La tasa de reincidencia más baja fue para el grupo de la hipnosis y la más alta, para el de la lobulina.

Los autores concluyeron que los tratamientos que utilizan una mayor dosis de sugestión y atención por parte del terapeuta tienen mayores tasas de éxito.

Reconociendo las dificultades para determinar la efectividad de las diversas técnicas reportadas en la literatura, la Fundación Americana de la Salud, llevó a cabo un estudio que comparó la efectividad de la hipnosis, la terapia individual y la terapia de grupo en más de 2000 fumadores con un promedio de consumo diario de 30 cigarrillos.

En este estudio, la terapia de grupo apareció como la de mejores resultados a largo plazo. Únicamente, una de cada nueve personas tratadas con la hipnosis o con terapia individual se mantenían después de un año de concluido el tratamiento, mientras que una de cada cinco se mantenían al año sin fumar de las que habían recibido la terapia de grupo.

2) El programa de tratamiento de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

a) Antecedentes del Programa.

La Clínica de Tabaquismo del INER se fundó como resultado de un convenio entre este instituto y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1982, teniendo como objetivos el estudio del hábito tabáquico, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista psicológico. Su función fue el diseño de programas terapéuticos que facilitarían, sobre todo al fumador crónico y severo, el dejar de fumar.

En 1986 se integró al Departamento de Rehabilitación Respiratoria del INER y en 1993 se separó de éste y se constituyó en el Departamento de Investigación en Tabaquismo.

b) El método clínico que sigue el Programa.

Los objetivos concretos que se persiguen en la Clínica de Tabaquismo son el estudio médico-psicológico y sociológico del hábito de fumar, sus causas y las características de los fumadores, y atender médicamente a las personas que desean abandonar tal hábito, o que tienen complicaciones de salud a causa de él.

Entonces, la situación clínica, en este programa, es el hombre ante un problema físico-psicológico-social que es el tabaquismo. La demanda es la prevención y la erradicación del mismo.

Bleger (1989) habla de dos diferentes estratos a los que puede llegar la psicología clínica: 1) el ámbito psicosocial (individuo); 2) el ámbito sociodinámico (grupos); 3) el ámbito institucional; y, 4) el ámbito comunitario.

La Unidad de Operación del Método Clínico según Ulloa (1974) comprende los siguientes aspectos: la indagación, el diagnóstico y la operación. A continuación se revisan cada uno en los ámbitos implicados en el trabajo de la Clínica de Tabaquismo del INER.

- La Indagación.

El estudio del tabaquismo desde sus inicios ha sido abordado bajo la perspectiva médica. Sin embargo, cada vez se suman más los estudios psicológicos y sociales a este problema. La indagación, así se hace, bajo la "mirada médica" en su mayor proporción, implicando, obviamente, los conocimientos de esta

ciencia y sus técnicas terapéuticas. Desde la Psicología, el marco teórico que predomina es el de la Escuela Conductista.

La perspectiva basada en el aprendizaje es uno de los métodos de estudio de la conducta que ha adquirido mayor difusión e influjo. Sin duda, parte de su atractivo se debe a que posee la cualidad, para muchos, de la respetabilidad científica. Otro motivo de su atractivo, es el hecho que ofrece no sólo una formulación de la conducta anormal, sino además un programa bien definido de tratamiento que se funda en los mismos principios.

Así, a partir de los principios de la conducta se han inventado técnicas de dominio de sí mismo para bajar de peso, abstenerse de bebidas alcohólicas y de fumar o para aumentar la productividad, la motivación en el trabajo, etc. (Thorensen y Mahoney, 1974). En los últimos años las técnicas de modificación de conducta han venido a constituir un aspecto considerable e importante de la psicología, sobre todo, estadounidense.

Los representantes de la escuela conductista afirman que la conducta anormal es un comportamiento inadaptado que posee varias características y atributos. Suponen en su explicación que todas las sociedades prescriben determinados papeles que llevan consigo cierta gama de refuerzos. Dichos papeles se mantienen después gracias al refuerzo. Así, los conceptos de estímulo, respuesta y refuerzo ocupan un lugar importantísimo en todas las explicaciones del comportamiento humano, y animal.

En la Clínica de Tabaquismo, la indagación de los fenómenos que subyacen la conducta adictiva se basa en estas formulaciones. Se percibe en relación a lo objetivo, a lo observable y se sobrevalora la influencia del medio ambiente como conjunto de estímulos que llevan a una determinada conducta. El síntoma (tabaquismo) puede alterarse mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, esto es, el síntoma es resultado casi exclusivo del aprendizaje.

Recientemente, se han adicionado a estas concepciones las que dan más importancia a los factores cognoscitivos que incluyen el análisis de la conducta, las actitudes y el pensamiento. Los conductistas contemporáneos, y los cognoscitivistas asumen una actitud mucho más abierta respecto a la inclusión de procesos internos pero ignoran lo inconsciente.

El proceso del dominio de sí mismo o autocontrol, es uno de los principales centros de interés mostrado por los cognoscitivistas.

Otro aspecto de la indagación se realiza a nivel comunitario por medio de encuestas que también se realizan tanto a nivel institucional como social y, a nivel individual por medio de técnicas como las pruebas psicológicas y la entrevista estructurada.

#### - El Diagnóstico.

El diagnóstico ya está dado: es el Tabaquismo. Los pacientes, que llegan con la demanda a solicitar un servicio, llegan con el problema a tratar que es su tabaquismo.

Lo que la Clínica sí hace a este nivel es la selección de pacientes. Por medio de una entrevista estructurada que es la "Entrevista Psiquiátrica Modificada" de Campillo (1982) se distingue entre los pacientes que son aptos para entrar a tratamiento y los que no lo son. Como el tratamiento es por medio de terapia de grupo se excluyen pacientes con padecimientos psiquiátricos severos. Por otro lado deben ser alfabetas, con una historia de tabaquismo de mínimo dos años y que fuman más de diez cigarrillos al día.

En el área médica si hay función diagnóstica. El neumólogo se encarga de realizar un paquete de estudios médicos para diagnosticar cualquier alteración o enfermedad provocada o no por el tabaquismo. Este paquete incluye: placa o teleradiografía de tórax, electrocardiograma, exámenes de rutina de laboratorio (sangre y orina), espirometría (prueba de función pulmonar vía la exhalación del aire de los pulmones), cultivo de la mucosa oral y valoración rutinaria incluyendo una historia clínica.

Dentro del área social, las encuestas permiten observar la incidencia del problema en la población.

#### - La Operación:

El Programa de la Clínica de Tabaquismo considera dos áreas: la psicológica y la médica, en tres aspectos a cubrir: el individual, el grupal y el social.

a) Individual: Presupone la atención al paciente que no puede ingresar a grupo de tratamiento por algún motivo como indisponibilidad de horario, indisponibilidad para trabajar en grupo, que no radique en la zona metropolitana, que sea reincidente o que necesite apoyo al tratamiento grupal.

Las técnicas utilizadas en el grupo son las que también se emplean en individual, pero hay modificaciones en cuanto a la frecuencia de sesiones y la forma de abandono del cigarro. En caso de ser terapia de apoyo se emplean modelos diversos de psicoterapia de apoyo.

b) Grupal. El tratamiento es en grupo de diez personas quienes se reúnen dos veces por semana durante doce sesiones (mes y medio). Incluye técnicas de psicoterapia cognitivo-conductual, así como técnicas de autocontrol (automonitoreo y control de estímulos), el método de suspensión abrupta, técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, técnicas de modificación de condicionantes, técnica de dinámica de grupo y reestructuración cognoscitiva o del pensamiento.

Así, el encuadre comprende la invariabilidad del lugar, del horario, de las personas que conforman el grupo y de la terapeuta que conduce el grupo. Asimismo el médico tratante es el mismo.

Cada sesión de tratamiento tiene un objetivo específico a cubrir. Siempre inicia la sesión con la dinámica de grupo de revisión del estado de cada uno de los pacientes, el análisis de la angustia en el grupo y después da lugar a algún tema, como: los aspectos psicológicos del tabaquismo, la adicción a la nicotina, los aspectos médicos y sociales del tabaquismo, la publicidad, la rehabilitación respiratoria, los motivos de reincidencia, cómo evitar subir de peso, etc.

Los pacientes son vistos por el médico al principio del tratamiento, para revisión y llenado de historia clínica, y al final, para entrega de resultados y prescripción de tratamiento, si es el caso.

Antes de iniciar el tratamiento pasa la persona a la entrevista psicológica con alguna de las psicólogas de la Clínica y a un estudio socioeconómico con la trabajadora social.

Durante el tratamiento se les aplican instrumentos de evaluación, que corresponderían al aspecto diagnóstico y de investigación. Esto se hace con el fin de evaluar aspectos de personalidad del fumador crónico o aspectos fisiológicos. Se les aplican los siguientes instrumentos: 1) Entrevista Psiquiátrica Modificada; 2) El Test de Motivos de Fumar de Rusell; 3) El Test de la Personalidad de Eysenck; y, 4) Algún instrumento que se esté utilizando para alguna investigación de la Clínica.

La Clínica de Tabaquismo realiza cuatro protocolos de investigación al año.

Asimismo, cada mes hay una reunión del denominado "Club de Exfumadores" con el propósito de vigilar y apoyar el mantenimiento sin fumar de los pacientes.

Cada dos meses, la Clínica realiza seguimientos telefónicos (durante un año a cada grupo) para llevar el registro de éxito de sus tratamientos.

c) Social. A nivel social se opera a nivel de prevención y de concientización. Se imparten diariamente pláticas en la Consulta Externa del Hospital y hospitales cercanos. Se dan pláticas a escuelas, a todos los niveles, a empresas públicas y privadas, y a instituciones de salud. Las pláticas son gratuitas.

Asimismo, se dan talleres para la información y capacitación a personal educativo o de salud. Se capacitan también grupos completos interdisciplinarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras) para la constitución de clínicas de tabaquismo.

En el Programa Nacional contra el Tabaquismo (1992) se reportan algunos datos sobre la Clínica de Tabaquismo del INER que comprenden el período 1987-1992.

La Clínica atendió en 1987 y primer semestre de 1988 a 501 pacientes. Al finalizar el tratamiento, el 80 por ciento de ellos dejó de fumar y en el seguimiento de 6 y 12 meses se mantuvieron sin fumar el 67 por ciento y el 55 por ciento, respectivamente.

Durante 1989, se atendió a 275 y se formaron 58 grupos nuevos de los cuales todos finalizaron el programa y se obtuvo el 87 por ciento de éxito.

El 1990 se atendió a 205 y se formaron 26 grupos mismos que obtuvieron un resultado de 80 por ciento de éxito.

El 1991 se atendió a 177 personas y se formaron 22 grupos de tratamiento en los cuales se encontró un 80 por ciento de éxito.

En los años de 1992 y 1993 se obtuvieron los siguientes porcentajes de éxito: al finalizar la terapia grupal un 85 por ciento y al año de terminado el tratamiento, un 70 por ciento. En estos dos años se formaron 52 grupos.



3) Descripción del Programa. La línea terapéutica de la Clínica del INER(1).

El modificar un estilo de vida capaz de crear daños a la salud es sumamente difícil debido a que resulta muy conflictivo para el paciente seguir las recomendaciones terapéuticas ya que difieren en forma considerable con su forma de vivir, de pensar y con sus valores y actitudes.

Dentro de las técnicas de modificación de conducta se encuentra la técnica de reestructuración cognoscitiva que se fundamenta en la creación de procesos de cambio mediante el reconocimiento del problema, la toma de decisiones, la modificación del comportamiento y la resolución del problema a través del descubrimiento y la expresión de pensamientos distorsionados que el individuo va corrigiendo vía el aprendizaje de nuevas estructuras cognoscitivas.

Es bien conocido que los pensamientos y las creencias afectan la conducta y los niveles de ansiedad de una persona. Estos sistemas internos son llamados cogniciones y son controlados por las mismas leyes que gobiernan cualquier conducta. En años recientes numerosos autores de orientación conductista han ampliado su interés a los procedimientos que permiten una "reestructuración del pensamiento".

Un punto de sobresaliente interés es que un conocimiento o información inadecuados, incorrectos o simplemente falsos, pueden ocasionar ansiedad y la inseguridad en poder resolver un problema dado. Además generan diversos temores irracionales o injustificados. Algunos pacientes tienen pensamientos persistentes u obsesivos que se acompañan de suma ansiedad y del sentimiento de pérdida del control. Otros tienen la creencia irracional de que todo el mundo los tiene que aceptar o que querer, o por lo contrario, poseen una baja autoestima por tener creencias irracionales de incapacidad y falta de competencia.

Los métodos que utiliza la reestructuración cognoscitiva son los siguientes: la corrección y ampliación de información, el cese o alto a pensamientos que generan ansiedad y son improductivos, la extinción de ideas irracionales, el dar recursos para un mayor despliegue de las conductas adaptativas exitosas y la enseñanza de la resolución sistemática de los problemas.

---

(1) El Programa de sesiones se describe en el apartado de Procedimiento del Capítulo V.

a) "Corrective Information": Algunos pacientes sienten mucha ansiedad o actúan de manera muy concreta debido a la falta de información correcta o veraz, o por un exceso de información falsa o distorsionada. Parte del tratamiento consiste en descubrir las creencias o concepciones basadas en hechos percibidos de manera equivocada o que simplemente no existen.

b) "Thought Stopping" (El Cese a un pensamiento): Así fue llamado este procedimiento por Wolpe (1973). En esta técnica se le instruye al paciente para que se concentre en evocar sus pensamientos más persistentes. Después de varios segundos el terapeuta le dice "Alto" (Stop en inglés). Como resultado de repetidas intervenciones el paciente aprende a "no pensar más en ello", automáticamente.

#### 4) La Psicoterapia de Grupo

##### a) El Grupo. Antecedentes.

A partir del capitalismo y de la industrialización, emerge el hombre como ser nominalmente libre, dueño de sí mismo y con la posibilidad de entregar su fuerza de trabajo a cambio de un salario. A partir de aquí, comienza a darse cuenta de su "ser social", de que no existe aislado, sino pertenece a una sociedad, a una cultura y que es también, un ser histórico. Nace así el grupo como concepto, aunque la familia -como grupo- existe desde que el hombre es hombre desde cualquier acepción mitológica que se quiera plantear; sin embargo, no es sino a partir de este momento que el "grupo" comienza a ser utilizado como instrumento en distintos campos y la sociedad se conforma entonces en grupos. Existen grupos de toda clase: la madre con el niño en brazos forman un grupo, la familia, el grupo escolar, el grupo social y el grupo de trabajo.

El término "grupo" etimológicamente, proviene del italiano grupo o gruppo. El sentido primero del concepto italiano -grupo- era "nudo" antes de llegar a ser "reunión", "conjunto". Los lingüistas lo relacionan con el antiguo provenzal "grop" que significa nudo y suponen que deriva del germano occidental "kruppa" que quiere decir masa redondeada. Parece además, que groupe y croupe (grupa) se originaron en la idea de círculo. El sentido primero de nudo poco a poco se cambia a "grupo" para connotar el grado de cohesión entre los miembros y, en cuanto a círculo, designó una reunión de personas o, para conservar la misma imagen, un círculo de gente. (Diccionario Larousse de la Lengua Española, 1987).

Para Pichón-Rivière (1976) el modelo natural de un grupo es la "familia". La familia es la unidad básica de interacción que aparece como instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional en la que le toca vivir. Una familia es entonces una gestalt-gestaltung, un "estructurando" que funciona como una totalidad.

El carácter de estructura que tiene la familia (en el sentido planteado por Levi-Strauss surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica (estructura del Edipo): padre, madre e hijo, emergentes de las relaciones y diferencias funcionales y biológicas. Esta situación básica y universal, aunque totalmente distinta en el caso de cada sujeto y con sus posibles variables culturales, determina el modelo que seguirán las interrelaciones familiares por un lado y las sociales por el otro.

Al nacer, el sujeto se inserta en una estructura triangular, y a partir de la internalización de esta experiencia, adquiere identidad; ahora bien, esta identidad y esta estructura triangular internalizada van a funcionar como matriz e instrumento de percepción de los futuros vínculos intersubjetivos. Esto constituye el "grupo interno" del sujeto que designará, desde lo inconsciente, los futuros vínculos que establezca el sujeto en los grupos a los que pertenezca.

Así, desde Pichón-Rivière, y retomando a Freud, estas estructuras vinculares, se configuran sobre la base de experiencias muy precoces; asimismo, toda la vida mental inconsciente, debe ser considerada como la interacción entre los objetos internos (grupo interno), en permanente interrelación dialéctica con los objetos del mundo exterior.

Pichón-Rivière define a un grupo como "un conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la que constituye su finalidad" (1967, pág. 6).

La tarea de la familia caería -desde Pichón-Rivière- en la "socialización del sujeto, proveeyéndole de un marco y basamento adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica él y modifica al medio en un permanente interjuego dialéctico" (1983, pág. 63).

Los sujetos con necesidades y deseos, que en la experiencia con el "otro", en el interjuego de la acción (del sujeto y del objeto) significativa se configuran en un vínculo, sujetos de la normas sociales y del intercambio. Así, producir un "sujeto" dentro de la familia implica apelar a su futura capacidad de adaptación activa, a su capacidad de producir y reproducir y a la transformación dialéctica con la sociedad y de la sociedad a la que pertenece (Martínez y Trejo, 1991).

La interacción se busca a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles cuya plasticidad va en relación directa a la operatividad del grupo. Roles internamente relacionados por el interjuego grupal cuyas funciones paterna y materna configuran la posibilidad de una identificación y conformación del yo a partir del narcisismo, en una relación diádica establecida con la madre, y del corte en la relación madre-hijo desde la función paterna que marca la transmisión de la ley de la prohibición del incesto y de allí, el ingreso a la cultura y al intercambio social.

### b) La Terapia Grupal.

Se define el grupo terapéutico como el conjunto restringido de personas que se reúnen en un lugar determinado (consultorio o institución), a una hora establecida, con una determinada actividad o fin común: la resolución de un problema o conjunto de problemas dados.

Existen diversos teóricos como Zimmerman (1969), Anzieu (1971), Bach (1984), Portuondo (1985), Kadis (1986) y Fernández (1989) que han hecho una revisión histórica de la evolución de la psicoterapia de grupo.

Portuondo (1985) hace referencia al siglo XVIII mencionando que "Mesmer con sus famosas sesiones de magnetismo colectivo en París, aquí se trataba de una psicoterapia sugestiva de grupo en la que la hipnosis jugaba el papel principal" (pág. 11). Sin embargo, el resto de los autores coinciden en que el inicio formal de la psicoterapia de grupo fue en 1905 en Boston en los Estados Unidos de América cuando Pratt realizó sus primeros trabajos sobre pacientes tuberculosos en la Clínica de Control del Pensamiento, en el Hospital General de Massachusetts. Su método es conocido como el "método de clase", ya que a través de clases y conferencias explicaba todo lo referente al tratamiento y posibilidad de curación que tenían los pacientes tuberculosos. Posteriormente extiende su método a pacientes diabéticos y cardíacos, hasta que en 1930 lo utiliza con pacientes psiquiátricos.

Pratt siempre pensó que los miembros de un grupo con una misma problemática podrían ayudarse entre sí. Asimismo, postulaba que los factores emocionales jugaban un papel importante en la recuperación de los enfermos.

En 1909 Marsh (citado por Nejamen 1993) quien era psiquiatra y ministro religioso, utilizó el "método de clase" con un aspecto religioso y filosófico con pacientes psicóticos y se basaba en que era la masa quien había influido en la enfermedad y ahora debía de ser ella la que tendría que influir en la cura.

Howard y Lazell, por una parte y, Low y Klaptan, por otra (en Nejamen, 1993), se destacaron en 1910 por sus trabajos grupales con pacientes esquizofrénicos. Low fundó en Chicago una asociación llamada Recovery Inc. en la que la técnica grupal era aplicada a pacientes en una fase post-hospitalaria.

Estos primeros trabajos realizados con grupos tenían principalmente un carácter didáctico, donde la cohesión, la sugestionabilidad, la idealización y la transferencia en el funcionamiento grupal, así como la disminución del sentimiento

de aislamiento en los pacientes, constituyan los elementos principales de la psicoterapia grupal.

Los primeros ensayos en los que se utilizaron los conceptos psicoanalíticos en la psicoterapia de grupo son atribuidos a Burrow (en Nejamen, 1993), en los años 20, cuya teoría centrada en el individuo como ser social permitía trasladar elementos de la terapia analítica individual al contexto grupal. Al mismo tiempo, Lewin en Alemania, perfeccionaba sus conceptos de la teoría del campo y la dinámica de grupo.

Los diversos estudiosos de la psicoterapia de grupo basaron su metodología en la teoría freudiana cuya obra más destacada al respecto es "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" (1920) en la que se advierte que la conducta del individuo adquiere características muy particulares y específicas al interactuar en un grupo, ocupar un determinado papel y activar algunos aspectos de la personalidad que sólo competen a los instintos y necesidades del ser humano en su carácter de ser gregario y político.

Kadis (1986) menciona: "el individuo no existe aislado y menos en un profundo sentido psicológico... como si tuviera que mantener un equilibrio dentro de su propio sistema y de un sistema que comprende a cierto número de personas significativas" (pág. 15).

La terapia grupal extrae al sujeto de su red primaria mezclándolo con otros individuos hasta formar parte de un nuevo campo de interacción en el que cada quien vuelve a empezar, en una red recíproca, donde los cambios de uno de los miembros es inevitable que ocasione cambios en los otros.

La psicoterapia grupal es vista por Bach (1986) como: "La oportunidad de observar al propio yo en el contacto interpersonal, de descubrir las propias pautas de personalidad en la acción social y de verificar las propias observaciones acerca de uno mismo y del prójimo con la debida intención terapéutica... La tendencia de los grupos de despertar fuertes emociones permite a los pacientes exteriorizar y percibir aspectos de los problemas de su personalidad que permanecen generalmente inconscientes" (pág. 15).

### 5) La reincidencia en el hábito tabáquico.

El famoso escritor Mark Twain frecuentemente decía que dejar de fumar realmente resultaba muy fácil. El ya lo había intentado mil veces. Esta anécdota refleja la experiencia de mucha gente, que inicialmente deja de fumar con éxito pero fracasa en el mantenerse sin fumar en un tiempo relativamente breve.

Muchos investigadores han identificado diversas etapas en el proceso de abandono del consumo de tabaco asociadas con fenómenos de "self-change" -cambio de conducta- (Spoth, 1991). Los estudios en relación con esto ha sugerido como los exfumadores pueden beneficiarse según las motivaciones y las precauciones que se les procuren y se autoprocuren en cada etapa.

Rosen y Shipley (1983) encontraron diferencias significativas de locus de control, en el deseo por dejar de fumar y en la autoestima asociados con las etapas de cesación y sugirieron intervenciones específicas a cada una de éstas para evitar recaídas. Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil y Norcross (1985) identificaron 5 etapas en el dejar de fumar y evaluaron los diferentes procesos de "self change" en cada una.

Las etapas son las siguientes: 1) precontemplación; 2) contemplación; 3) preparación; 4) acción, y 5) mantenimiento.

La primera es la etapa en la que el fumador piensa que en un futuro próximo va a dejar de fumar pero todavía no se anima a determinarlo. Como criterio los autores plantean que este tiempo abarca los próximos 6 meses en que considera la posibilidad de modificar su conducta fumadora. En este momento el sujeto se muestra desconfiado en sus habilidades para cambiar y no quiere pensar acerca de ello. Evita comunicar a los otros su deseo de dejar de fumar por temor a verse comprometido y sentirse fracasado.

La segunda etapa, la de contemplación es en la que el sujeto está pensando ya seriamente en dejar de fumar y hacerlo en no más de 6 meses. Evalúa ya los pros y los contras del fumar y lo riesgoso de los pros.

En la etapa de preparación, la persona intentará abandonar su tabaquismo en el siguiente mes. Comienza a reducir su consumo diario o a evitar ciertos cigarros que considera más riesgosos.

Los autores llaman "acción" a la etapa de 6 meses posteriores a dejar de fumar y consideran que en ésta el sujeto tiene una alta probabilidad de recaída por lo que todavía no se considera un éxito su abandono del tabaco.

La etapa de "mantenimiento" es la última y el exfumador trabaja continuamente por llevar un estilo de vida saludable para evitar la reincidencia.

Cada vez resulta más claro que en el tratamiento del tabaquismo no deben perderse de vista los aspectos del mantenimiento de la abstinencia y la reincidencia o recaída.

Ha sido ampliamente discutido el que, aún en los tratamientos más exitosos, el permanecer sin fumar por un tiempo largo (más de 3 meses) es regularmente difícil.

Shiffman (1982) cita a Eisinger (1971) quien encontró que el éxito en la abstinencia estaba correlacionado con la edad y con la confianza en sí mismo que tenían los exfumadores. También encontró que el éxito se relacionaba con que sus mejores amigos no fueran fumadores. Esto último lo encontró en 20 casos.

Tongas, Patterson y Goodkind (en Shiffman, 1982) encontraron que el dejar abruptamente el cigarro y el llevar poco tiempo fumando son predictores de mantenerse sin fumar al menos un año después de concluido el tratamiento. Tongas afirma que exfumadores que tienen cónyuges fumadores tienen una elevadísima tasa de reincidencia.

Pomerleau, Adkins y Pertschuck (en Shiffman, 1982) realizaron un estudio prospectivo con el objetivo primordial de observar qué variables se tienen que considerar como predictoras del potencial para mantenerse sin fumar. Ellos encontraron que aunque existen ciertos predictores del éxito para abandonar el hábito tabáquico, no así, del potencial para evitar volver a él.

No obstante, la recaída puede predecirse por la valoración del afecto que la acompaña. Exfumadores que reportan recaer bajo condiciones que se acompañan de un afecto negativo tienen un alto riesgo de volver a fumar como antes lo hacían.

La descripción de los antecedentes inmediatos a la recaída es importante para entender la misma. Un pionero en este conocimiento es Marlatt (1978 en Marlatt y Gordon, 1979) quien identificó elementos comunes de los episodios de reincidencia en numerosas sustancias adictivas. Las recaídas de los fumadores, obesos, alcohólicos y heroínómanos ocurren bajo circunstancias similares. Los estados de ánimo adversos y la presión social que incita a su consumo son condiciones precipitantes. Otras son también los afectos positivos y el simple "antojo", pero juegan un papel menos importante en la reincidencia. Lichtenstein, Antonuccio y Rainwater (en Shiffman, 1982) estudiaron a un grupo de reincidentes encontrando muchas coincidencias en sus autorreportes del por qué volvieron a fumar: un afecto negativo acompañado del consumo de alcohol y la



presencia de otros fumadores, fueron las situaciones frecuentemente citadas como los comunes denominadores de tales recaídas.

Shiffman en 1982 del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y del Departamento de Psicología de la Universidad de los Angeles, en California, E.U.A., realizó un estudio con el propósito de identificar las condiciones precipitantes de los episodios de recaída en exfumadores y observar la forma como enfrentaban los hechos. Su muestra de estudio se constituyó de 183 exfumadores quienes demandaban ayuda para dejar de fumar a un servicio de "hot line", con la condición de que notificaran cada una de las recaídas sufridas. También fueron entrevistados por un psicólogo entrenado durante 20 ó 30 minutos para obtener la siguiente información:

1. Cuándo y en dónde se recayó.
2. Si se estaba con otras personas o se encontraba solo.
3. Si se estaba comiendo, platicando o socializando, descansando, etc.
4. Si antes de fumar había consumido algún alimento en particular, café u otras drogas.
5. Si había precedido a la recaída un afecto específico, como ansiedad, enojo, frustración, depresión o un afecto positivo.
6. La cantidad de estresores que antecedieron al episodio.
7. Los síntomas de abstinencia inmediatos a dejar de fumar. El antojo o deseo fue excluido de este apartado.
8. Si las molestias persistieron aún después de un tiempo considerable de abstinencia.
9. Que se hizo para no recaer. ¿Qué recursos se utilizaron? ¿En qué se pensó?
10. Consumo de cigarrillos durante la recaída.

Los resultados del estudio de Shiffman (1982) se muestran en las siguientes cuadros.

**ACTIVIDADES**

29%	Comiendo o bebiendo
24.79%	Platicando o socializando
24.1%	Trabajando
14.2%	Descansando
33.3%	Manejando, comprando, etc.

**LUGAR**

56%	Hogar
21%	Trabajo
23%	Restaurantes, bares y casa de amigos.

**CONSUMO PREVIO**

40.7%	Nada		
59.3%	Algo		
		29.4%	Comida
		18.6%	Alcohol
		18.2%	Café
		4.4%	Otras drogas

**AFECTO PRECIPITANTE**

28.8%	Positivo		
71.2%	Negativo		
		47.7%	Angustia
		25.8%	Enojo, frustración.
		21.5%	Depresión.

**SINTOMAS DE ABSTINENCIA**

Durante la crisis		Antes de la crisis	
54.3%	Ninguno	48.4%	Ninguno
45.7%	Alguno	52.6%	Alguno

**ESTIMULO PRECIPITANTE**

52.9%	Afecto, estrés
31.8%	Ver fumar a alguien.
20.9%	Comer, beber.
10.8%	Descanso, esparcimiento
8.1%	Otros

Shiffman concluye que los factores situacionales son importantes como predictores de las crisis de reincidencia pero son menos importantes que los que siguen a dichas crisis. Lo que más interesa es el cómo se preocupa y se moviliza conductual y cognoscitivamente el sujeto para evitarlos y cómo intenta sobreponerse a éstos.

Los sujetos de su estudio fueron interrogados con respecto a lo anterior y se encontró que el 40% no hizo nada para salir adelante de la situación o abandonar el estímulo incitante; el 42% no pensó en las razones que había tenido para dejar de fumar y el 18% ni en una ni otra, ni el afrontamiento conductual ni el cognoscitivo.

Baer y Marlatt (1991) recomiendan para evitar la reincidencia en el hábito tabáquico:

1. Siempre esforzarse en el éxito para mantenerse sin fumar.
2. No tirarse al fracaso rumiando sentimientos de culpa y de baja autoestima.
3. Plantearse metas cortas si angustia mucho el "nunca más" o el "para siempre".
4. Analizar las recaídas y aprender de la experiencia.
5. Planear y visualizarse sobre "el qué hacer" en situaciones difíciles.
6. Persistir en dejar de fumar aún después de un episodio de recaída.
7. Recomendar un estilo de vida equilibrado que reduzca el estrés.
8. Llevar un seguimiento de la conducta del exfumador.
9. Referir a psicoterapia o a otro especialista de la conducta.

## 6) Epidemiología del tabaquismo.

El tabaquismo constituye, de acuerdo a reportes de organismos internacionales, la causa principal de morbilidad que se puede prever en la sociedad moderna (Mahler, 1980). Expertos nacionales y extranjeros continuamente expresan su preocupación por el problema del tabaquismo en los países en vías del desarrollo, ya que de no tomarse una serie de medidas inmediatas y estrictas, los daños sociales y de salud en sus poblaciones podrían alcanzar en breve tiempo una magnitud de gravedad considerable.

El uso de tabaco, sobre todo en forma de cigarrillo, se extendió enormemente después de la Primera Guerra Mundial y tuvieron que pasar muchos años para que su consumo se relacionara con el desarrollo de diversas enfermedades.

El primer estudio epidemiológico que se realizó en América Latina fue el estudio que llevó a cabo en 1971 la Organización Panamericana de la Salud sobre la prevalencia del consumo de tabaco en esta parte del mundo.

En 1980, Castro, Maya y Aguilar realizaron un estudio en población estudiantil de nivel medio y medio superior y el 47% de los estudiantes reportó fumar ocasionalmente y el 23% de manera regular. En una réplica de este estudio realizado cinco años después, la proporción de fumadores que reportó haber fumado "al menos una vez" llegó al 50%.

En 1983, el Instituto Nacional del Consumidor aplicó una encuesta a estudiantes fumadores de nivel medio y superior y encontró que el promedio de consumo de cigarrillos por día era de 2.5 y que la edad de inicio promedio entre los 13 y los 14 años. Esta misma investigación reportó que la mayoría de los estudiantes han tenido acceso a información acerca de los efectos nocivos que provoca el consumo de tabaco. Aproximadamente el 78% afirmó que el cigarrillo es un tranquilizante excelente durante los exámenes, y el 56%, consideró que es en la escuela y con los amigos donde se fuma más.

Durante el año de 1982 se estudió a una muestra de 135 fumadores que asistieron a la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Rubio y cols.). Dentro de los hallazgos de importancia se encuentran la gravedad del hábito y su cronicidad. Se observó que la adquisición del hábito ocurre generalmente antes de los 20 años. Se encontró, asimismo, una gran asistencia de profesionistas y universitarios que constituye un fenómeno similar al que se da en países desarrollados en los últimos años. Como resultado de las pruebas funcionales respiratorias realizadas a esta muestra

de pacientes se concluyó que casi en su totalidad presentaron daño obstructivo, al menos en su forma de bronquitis crónica. Así los autores corroboraron la correlación existente entre la presencia de patología cardiorrespiratoria y la duración e intensidad del hábito.

Las Encuestas Nacional de Salud (ENSA) y Nacional de Adicciones (ENA), levantadas en el período de 1986-1987 la primera y en 1988, la segunda, aportaron por primera vez información basal nacional acerca del consumo de cigarrillos por cada entidad federativa.

La Encuesta Nacional de Salud estimó una prevalencia nacional, tanto urbana como rural, de 17.4% de fumadores en el grupo de 12 años o más; es decir, casi 2 fumadores por cada 100 mexicanos en este grupo de edad. En cuanto a la relación por sexo, tres hombres por una mujer fumadora. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Adicciones reporta una prevalencia de fumadores, en la población específicamente urbana de 12 a 65 años de edad, de un 26%. Ambos estudios forman parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud y sus diseños muestrales parten del Marco Muestral Maestro del Sistema. La Encuesta Nacional de Salud fue desarrollada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en una muestra representativa de 54,000 viviendas en todo el territorio nacional.

## CAPITULO V. METODOLOGIA

### 1) Problema

Cuando se trata terapéuticamente a fumadores para que abandonen su hábito tabáquico, uno de los principales problemas a atender es su abrumadora expectativa de falla o fracaso. Hay autores que plantean que una meta inicial debe ser el ayudar a los fumadores a convencerse de que pueden tener éxito en su empresa de dejar el tabaco.

El papel que juega el cigarrillo en la apercepción del fumador crónico explica los temidos sentimientos de pérdida de control cuando se abandona abruptamente esta conducta. El tabaquismo, al ser una farmacodependencia, se constituye como un medio para controlar el afecto y regular el equilibrio psíquico. Subjetivamente, funciona como una defensa contra el estrés y, se ha visto, que en trastornos graves de la personalidad, su suspensión puede precipitar una desorganización de la misma.

Un tratamiento para dejar de fumar debe promover la motivación al Logro aportando recursos cognoscitivos y afectivos que aumenten la confianza en sí mismo y en las relaciones con otros, la autoestima y minimizar la sensación de desesperanza aprendida por fracasos previos. Por otra parte, debe concientizar sobre la ligazón afectiva y apoyar a esta separación, ya que como dice Rado (1933 en Lasky, 1988): "el farmacodependiente obtiene con la droga un aumento en su autoestima, una elevación de su estado de ánimo, es decir, logra que desaparezca la enorme distancia que existe entre su estado de actual desvalimiento y su yo ideal con el cual se compara" (pág. 36).

El tratamiento, cuyo soporte central es la dinámica de grupo, permite al paciente identificar en sí mismo y en otras personas que comparten su problema y tienen una tarea común: dejar de fumar, estos temores y, por otro lado, le permite darse cuenta de que estos temores no son tan consistentes como creía. El grupo tiene mucho éxito al proveer al fumador del soporte, empatía, estímulo y la oportunidad de compartir los logros.

Entonces, el problema sería planteado de la siguiente forma: ¿El tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER eleva el nivel de Motivación al Logro de los sujetos fumadores crónicos que lo cursan?

## 2) Objetivos

### a) Objetivo General:

- Determinar si el tratamiento para dejar de fumar que imparte la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias eleva el nivel de Motivación al Logro en sujetos fumadores crónicos que lo reciben.

### b) Objetivos Específicos:

1. Determinar si existen diferencias significativas entre el pretest y el postest de la Escala de Orientación al Logro en sujetos fumadores crónicos que reciben tratamiento para dejar de fumar.
2. Determinar si un elevado nivel de motivación al logro previo al tratamiento coadyuva al éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.
3. Determinar si un elevado nivel de motivación al logro obtenido en el postest influye en el éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.
4. Determinar si existen diferencias significativas en el nivel de motivación al logro entre hombres y mujeres como resultado del tratamiento para dejar de fumar.
5. Determinar la relación entre las variables de historia de fumar, tales como: edad de inicio en el hábito tabáquico, años de tabaquismo y el número de cigarrillos consumidos al día durante los dos últimos años y el éxito en el tratamiento.
6. Determinar si las variables de edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico influyen en el éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.
7. Determinar si el porcentaje de asistencia al tratamiento influye en el éxito en el mismo.

### 3) Hipótesis

Hipótesis de investigación número 1: El tratamiento para dejar de fumar que imparte la Clínica de Tabaquismo del INER eleva el nivel de motivación al logro de sujetos fumadores crónicos que lo reciben.

Hipótesis nula: El tratamiento para dejar de fumar que imparte la Clínica de Tabaquismo del INER no eleva el nivel de motivación al logro en sujetos fumadores crónicos que lo reciben.

Hipótesis conceptual: Un tratamiento para el abandono del hábito tabáquico debe atender a la autopercepción y al incremento de la orientación hacia el éxito para erradicar o disminuir los temores acerca de no poder dejar de fumar o perder el control sobre asuntos y aspectos cotidianos.

Hipótesis de investigación número 2: Un significativo nivel de motivación al logro previo a tomar el tratamiento para dejar de fumar coadyuva al éxito en el mismo.

Hipótesis Nula número 2: Un significativo nivel de motivación al logro previo a tomar el tratamiento para dejar de fumar no coadyuva al éxito en el mismo.

Hipótesis conceptual: Una tendencia hacia la realización con excelencia en los medios para alcanzar una meta, buscando el placer por vencer obstáculos tolerando la demanda de esfuerzo y la tensión que puedan provocar determina el éxito en un tratamiento para el abandono de una adicción y la rehabilitación psíquica que implica.

Hipótesis de investigación número 3: Un elevado nivel de motivación al logro obtenido en el postest coadyuva al éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.

Hipótesis nula: un elevado nivel de motivación al logro obtenido en el postest no coadyuva en el éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.

Hipótesis de investigación número 4: Existen diferencias significativas en el nivel de motivación al logro entre hombres y mujeres como resultado de un tratamiento para dejar de fumar impartido por la Clínica de Tabaquismo del INER.

Hipótesis nula número 4: No existen diferencias significativas en el nivel de motivación al logro entre hombres y mujeres como resultado de un tratamiento para dejar de fumar impartido por la Clínica de Tabaquismo del INER.



Hipótesis conceptual: Los roles sexuales se traducen en normas de conducta y expectativas que indican el comportamiento de ambos sexos. Se propone que no son los mismos determinantes los que influyen en la orientación hacia el éxito. Ambos sexos asumen roles distintos por razones constitutivas y culturales que moldean este impulso hacia el logro.

Hipótesis de investigación número 5: Existe relación entre las variables de historia del fumar y el resultado en el tratamiento que imparte la clínica de tabaquismo del INER.

Hipótesis nula número 5: No existen relación entre las variables de historia del fumar y el resultado en el tratamiento que imparte la Clínica de Tabaquismo del INER.

Hipótesis de investigación número 6: Existe relación entre las variables de edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico y el éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.

Hipótesis nula número 6: No existe relación entre las variables de edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico y el éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.

Hipótesis de investigación número 7: Existe relación entre el porcentaje de asistencia al tratamiento y el resultado en el mismo.

Hipótesis nula número 7: No existe relación entre el porcentaje de asistencia al tratamiento y el resultado en el mismo.

#### 4) Variables.

Variable Independiente: Tratamiento para dejar de fumar.

Definición conceptual: Se definirá por el Programa Terapéutico enfocado a la rehabilitación del sujeto fumador crónico.

Definición operacional: Se define como el conjunto de técnicas o métodos diagnósticos y terapéuticos que comprende el tratamiento para el abandono del hábito tabáquico que imparte la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Las personas asisten a 12 sesiones de terapia de grupo conducidas por una psicóloga clínica bajo una orientación cognoscitiva-conductual dentro de un equipo interdisciplinario del que también forman parte un médico neumólogo y una licenciada en trabajo social.

Variable Dependiente: Motivación al Logro.

Definición conceptual: Se define como la tendencia a la realización, el dominio, la manipulación y la organización del medio físico y social; la superación de obstáculos y el mantenimiento de elevados niveles de trabajo; la competencia mediante el esfuerzo por superar la propia labor, así como, la rivalidad y la superación con respecto a los demás.

Definición operacional: Se definirá por el puntaje obtenido por cada sujeto en la Escala de Orientación al Logro de Díaz-Loving y Andrade (1989).

### 5) Población.

El muestreo fue intencional (no probabilístico) ya que los sujetos se eligieron conforme a criterios previamente establecidos. Los sujetos elegidos fueron los que se inscribieron al Programa de Tratamiento para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER en la Ciudad de México entre 1991 y 1993. Tales sujetos cumplieron con criterios de inclusión predeterminados que se evalúan por medio de una entrevista psicológica (Entrevista Psiquiátrica Modificada de Campillo, Instituto Mexicano de Psiquiatría) y un Cuestionario sobre Tabaquismo elaborado por el INER. La primera determina si el sujeto es candidato a participar en grupo y su estado emocional para dejar de fumar. El segundo determina que como criterios para ingresar tenga: el ser alfabeto, una edad igual o mayor a los 18 años y un mínimo de dos años de fumar.

Asimismo, la trabajadora social realiza una encuesta socioeconómica que determina el costo del tratamiento y registra las características sociodemográficas del candidato.

La muestra se constituyó por 160 sujetos (80 hombres y 80 mujeres) que se inscribieron al Programa de Tratamiento entre 1991 y 1993 y que cumplieron con una asistencia al mismo de mínimo un 58.3% (mínimo 7 sesiones de 12 en total) y con los que se haya tenido contacto al menos 6 meses después de concluido el tratamiento.

#### 6) Diseño de Investigación.

La presente investigación constituye un estudio en el que existió una condición manipulada que fue el Programa de Tratamiento. El diseño planteado fue un estudio pretest-postest de un sólo grupo y sin grupo control.

Yb----- X -----Ya

Yb: antes de iniciar el tratamiento (terminada la entrevista psiquiátrica).

Ya: En la última sesión del programa de 12 sesiones de la Clínica de Tabaquismo del INER.

### 7) Procedimiento. Descripción del Programa de Tratamiento.

Una vez concluida la entrevista de evaluación y de ser candidato a ingresar a tratamiento, se explica a cada sujeto los propósitos de la investigación invitándolo a participar en ella. Posteriormente, se le proporciona una escala para que llene en forma individual en presencia de la psicóloga entrevistadora. Después los sujetos recibieron el tratamiento y al finalizar el mismo, en la última sesión, se les aplicó nuevamente la Escala de Orientación al Logro correspondiente al postest.

Por otra parte, el éxito en el tratamiento se definió por haber logrado dejar de fumar al menos 6 meses después de terminado el mismo. La abstinencia del fumar se obtuvo sólo por vía verbal durante cada sesión del tratamiento, durante la asistencia mensual al Club de Exfumadores y durante los seguimientos telefónicos a 2, 4 y 6 meses.

La asistencia se obtuvo de la lista del expediente del grupo que registra la terapeuta conductora del mismo.

#### -Descripción del Programa de Tratamiento.

El INER se inició hace 51 años como "Sanatorio de Huipulco" para tuberculosos y operó con este nombre de 1936 a 1959, teniendo como finalidad atender a pacientes afectados de dicha enfermedad provenientes de toda la República. En 1959 se transformó en el hospital de "Enfermedades Pulmonares" ampliando sus actividades al tratamiento de todas las enfermedades que afectan estos órganos. Para 1975 se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares y en 1982, por decreto presidencial se constituye en el actual "Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias". Desde esta misma fecha se establece la Clínica de atención a fumadores abierta al público en general.

Los objetivos concretos que se persiguen en la Clínica de Tabaquismo son el estudio bio-psico-social del hábito de fumar, sus causas y características de los fumadores, y atender médicamente y psicológicamente a las personas que desean abandonar tal hábito, o que tienen complicaciones de salud a causa de él.

Los pacientes llegan con la demanda -a solicitar un servicio- que es dejar de fumar. La clínica tiene criterios de selección de sus pacientes. Como el tratamiento es por medio de psicoterapia de grupo se excluyen pacientes con padecimientos psiquiátricos severos (psicosis, trastornos graves de la personalidad, neurosis graves, períodos depresivos discapacitantes, retardo mental, otros síndromes cerebrales orgánicos, otras adicciones o impedimentos físicos que impidan la asistencia o la captación de lo indicado).

En el área médica se destaca la función diagnóstica. El neumólogo se encarga de realizar un paquete de estudios para evaluar el estado físico del paciente. Este paquete incluye: placa o radiografía de tórax, electrocardiograma, exámenes de rutina de laboratorio, espirometría (prueba muy sensible para evaluar el funcionamiento pulmonar), cultivo de mucosa oral y valoración de gabinete incluyendo el llenado de una historia clínica.

En el área psicológica se imparte la terapia de grupo. El tratamiento es en grupo de diez personas quienes se reúnen dos veces por semana durante 12 sesiones (mes y medio). Incluye técnicas de psicoterapia con orientación cognoscitiva-conductual, como el método de suspensión abrupta, técnicas de autorregistro y autocontrol, técnicas de relajación, de modificación de conducta por condicionamiento, de dinámica de grupo y reestructuración cognoscitiva o del pensamiento y las actitudes.

Así el encuadre comprende la invariabilidad del lugar (un salón para realizar la terapia de grupo), del horario, de las personas que conforman el grupo y de la terapeuta (psicóloga clínica) que lo conduce. Asimismo, el médico tratante siempre es el mismo.

Cada sesión de tratamiento tiene un objetivo específico a cubrir. Siempre inicia la sesión con una dinámica de grupo de revisión del estado de fumador o exfumador de cada uno de los pacientes, del análisis y manejo de la ansiedad en el grupo y después se imparte un tema particular como: aspectos psicológicos del tabaquismo, la adicción a la nicotina, aspectos médicos y sociales del tabaquismo, publicidad del cigarro, rehabilitación respiratoria, acondicionamiento físico, motivos de reincidencia en el hábito de fumar, etc.

Los pacientes son vistos por el médico al principio, para revisión y llenado de historia clínica, y al final para entrega de resultados y asignación de tratamiento, de ser necesario.

Antes de iniciar el tratamiento pasan a una entrevista con una psicóloga como ya se mencionó y después a una encuesta socioeconómica para asignarle una cuota de pago.

Durante el tratamiento se aplican instrumentos de evaluación, que corresponderían a la función de investigación que realiza la clínica, por una parte, y a la información y cambio de percepción de su conducta, por la otra. Estos se hacen con el fin de evaluar aspectos de personalidad del fumador crónico o aspectos fisiológicos.

## -Estructura

Primera sesión: Esta sesión se inicia explicando la psicoterapeuta al grupo los objetivos generales del tratamiento y con una presentación de cada uno de los participantes exponiendo sus motivos para desear dejar de fumar, sus intentos y experiencias previas, el sí de alguna forma ha afectado el tabaquismo su salud y relaciones interpersonales, en lo económico y en lo social; la cantidad de cigarrillos fumados por día, sus años de fumar y él cómo se enteraron del tratamiento y cómo se lo imaginan. Asimismo, se da lectura a un contrato terapéutico en el que se especifican sus derechos y compromisos durante su estancia en el Programa, el cual, de estar de acuerdo tienen que firmarlo.

Por otra parte, en esta sesión la psicóloga explica la consideración del tabaquismo como una farmacodependencia en su doble aspecto: la dependencia física y la dependencia psicológica. Se les habla también sobre el síndrome de abstinencia y los movimientos afectivos que se dan por dejar de fumar. Para terminar se les proporciona un autorregistro para anotar sus cigarrillos en esta primera semana en la que seguirán fumando pero empezando a controlar la forma de hacerlo y haciendo conciencia sobre la misma. Se les avisa que dejarán de fumar en la tercera sesión.

Segunda sesión: Se revisan los autorregistros y cada paciente saca sus propias conclusiones sobre su forma y motivos de fumar con ayuda de la terapeuta.

El objetivo de esta sesión es explicar los aspectos psicológicos que subyacen la conducta de fumar como motivos de inicio y mantenimiento del tabaquismo y las explicaciones cognoscitivas y conductuales que dificultan su abandono.

Al término de esta sesión los pacientes se vuelven a llevar un autorregistro que llenarán igual que el anterior. Se les da la consigna de que a la siguiente sesión deberán presentarse sin fumar habiendo dejado de fumar desde las cero horas de ese día.

Tercera sesión: Los pacientes se presentan sin fumar, trabajándose ese día sus temores y expectativas en general, y sobre todo, la ansiedad despertada al dejar de fumar. La terapeuta les proporciona una lista de sugerencias y a partir de esta sesión se les prescribe el chicle con nicotina como apoyo al síndrome de abstinencia.

Cuarta sesión: Se dedica la sesión a evaluar sus sentimientos por estar sin fumar y la forma como han percibido y manejado situaciones. Al final se les aplicó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Quinta sesión: Se les imparte una Plática Médica por el neumólogo de la Clínica.

Sexta sesión: Se les imparte una Plática sobre Ejercicios Respiratorios y Acondicionamiento Físico por el neumólogo de la Clínica.

Séptima sesión: La psicóloga realiza con ellos un ejercicio de relajación.

Octava sesión: La psicóloga les pasa una película sobre los efectos nocivos de la campaña publicitaria del tabaco.

Novena sesión: La terapeuta les explica los aspectos psicodinámicos de la publicidad en tabaquismo y da la plática con apoyo audiovisual (diapositivas y videocassette).

Décima sesión: Se revisan los pensamientos acerca de que próximamente concluirá el tratamiento y se les proporciona una dieta para control de peso.

Undécima sesión: Se revisan los motivos de reincidencia en el hábito de fumar y la forma de afrontarlos y evitarlos.

Duodécima sesión: Esta es la última sesión en la cual se autoevalúa verbalmente y por escrito el logro individual, el del tratamiento, el papel del Instituto, de la Clínica y del personal que los atendió.

Posterior a la finalización del Programa de Tratamiento se invita a los pacientes a que asistan a las sesiones mensuales del "Club de Exfumadores" las que tienen lugar los terceros miercoles de cada mes, teniendo como objetivo apoyar en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.



## 8) Instrumento.

Como antecedente del instrumento que fue utilizado en esta investigación se encuentra la Escala Multidimensional que desarrollaron Spence y Helmreich en 1978 para medir la Motivación al Logro, que incluye las dimensiones de Competencia, Trabajo y Maestría y que ha resultado efectiva y predictiva para sujetos de ambos sexos.

Partiendo de este instrumento, Díaz-Loving y Andrade en 1985 construyeron una escala para medir esta variable adecuada a la cultura mexicana. En el instrumento se conservaron las tres dimensiones o subescalas de la Escala de Spence y Helmreich, así como algunos reactivos, agregando, empero, otros que se verificaron apropiados a la cultura y semántica mexicanas.

La Escala está conformada por 22 reactivos en un modo de respuesta tipo Likert cuyos puntos son: 1) completamente en desacuerdo; 2) en desacuerdo; 3) ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4) de acuerdo; y, 5) completamente de acuerdo.

Los autores de la Escala definen la Motivación al Logro como la evaluación que el individuo hace para vencer obstáculos, rivalizar con otros, el impulso a lograr algo difícil mediante el dominio, la manipulación y organización del medio físico y social, seres humanos e ideas alcanzando niveles de excelencia interna, el esfuerzo para superar la propia labor y la superación con respecto a los demás.

Las dimensiones o subescalas de esta Escala son:

### COMPETENCIA

Se refiere a la satisfacción derivada de la competencia interpersonal y el deseo de ganar y ser mejor que los demás.

Esta dimensión está constituida por 6 reactivos que se enumeran a continuación:

## reactivo

- |    |   |
|----|---|
| 3  | Me enoja que otros trabajen mejor que yo                      |
| 4  | Me disgusta cuando alguien me gana                            |
| 7  | Ganarle a otros es bueno tanto en el juego como en el trabajo |
| 8  | Disfruto cuando puedo vencer a otros                          |
| 17 | Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás     |
| 19 | Me esfuerzo más cuando compito con otros                      |

La puntuación más alta a esta dimensión es 30.

TRABAJO

Representa una dimensión del esfuerzo, del deseo de trabajar duro y bien. Una actitud positiva hacia el trabajo por el trabajo mismo.

Esta dimensión o subescala esta contituida por 8 reactivos que son:

## reactivo

- |    |   |
|----|---|
| 2  | Soy trabajador(a)   |
| 9  | Soy cumplido(a) en las tareas que me asignan                |
| 10 | Soy cuidadoso(a) al extremo de la perfección.               |
| 12 | Una vez que empiezo una tarea persisto hasta terminarla     |
| 13 | Soy dedicado(a) en las cosas que emprendo                   |
| 15 | No estoy tranquilo(a) hasta que mi trabajo quede bien hecho |
| 16 | Como estudiante soy o era machetero(a)                      |
| 20 | Cuando se me dificulta una tarea insisto hasta dominarla    |

La puntuación máxima a esta subescala es 40

**MAESTRIA**

Es una preferencia por tareas difíciles y por intentar hacer las cosas buscando estándares de excelencia internamente prescritos.

Esta dimensión o subescala está conformada por 7 reactivos:

reactivo

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Me gusta resolver problemas difíciles                 |
| 5  | Me es importante hacer las cosas lo mejor posible     |
| 6  | Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor  |
| 11 | Me gusta que lo que hago quede bien hecho             |
| 14 | Me siento bien cuando logro lo que me propongo        |
| 18 | Me causa satisfacción mejorar mis ejecuciones previas |
| 21 | Si hago un buen trabajo me causa satisfacción         |

La puntuación máxima a esta subescala es de 35.

CAPITULO VI. RESULTADOS.

La muestra estuvo constituida por 160 sujetos, 80 mujeres y 80 hombres. La edad promedio fue de 44 años (hombres  $\bar{x}$  = 42.9; mujeres  $\bar{x}$  = 44.9 años) con un rango de 20 a 70 años. El estado civil predominante fue el de casado en un 68.8% (Ver distribución de frecuencias para esta variable en las gráficas núms. 1, 2 y 3).

La escolaridad promedio fue preparatoria pero predominó la de Licenciatura (Ver distribución de frecuencias en las gráficas núms. 4, 5 y 6). La ocupación promedio fue la de comerciante pero predominó la de "hogar" en un 32% ya que el 63.75% de las mujeres fueron amas de casa (ver distribución de frecuencias en las gráficas núms. 7, 8 y 9). La edad de inicio promedio en el hábito tabáquico cayó en el rango entre los 15 y los 19 años (hombres  $\bar{x}$  = 15.75; mujeres  $\bar{x}$  = 18.5; (ver gráficas núms. 10, 11, 12 y 13) y la media de años de tabaquismo fue de 28 años con un predominio del rango entre los 20 y los 24 años de fumar (hombres  $\bar{x}$  = 27.6; mujeres,  $\bar{x}$  = 27.5; ver distribución de frecuencias en las gráfica núm. 5). El promedio de consumo diario de cigarrillos cayó en el rango entre los 20 y los 28 cigarros diarios ( $\bar{x}$  = 25; hombres,  $\bar{x}$  = 28; mujeres,  $\bar{x}$  = 22 cigarros; ver gráficas núms. 18, 19, 20 y 21).

Por otra parte, el porcentaje de asistencia promedio fue de 82.5%, teniendo las mujeres un promedio de 88% y los hombres uno de 77% (ver gráficas núms. 22, 23, 24 y 25). La clasificación socioeconómica promedio y también predominante fue la C, la cual equivale a un ingreso mensual no mayor a dos salarios mínimos actuales en el D.F. (ver gráfica núm. 26).

En cuanto al resultado en el tratamiento de la población total estudiada, 92 sujetos dejaron de fumar, esto es un 57.5% mientras que 68 de los que tomaron el tratamiento no dejaron de fumar o recayeron antes de 6 meses de concluido éste, un 42.5% (ver gráfica núm. 27). De las mujeres, el 61% dejó de fumar y el 39% no lo logró (ver gráfica núm. 28), mientras que en el grupo de los hombres, el 52% tuvo éxito en el tratamiento y el 48% fracasó o recayó antes de 6 meses.

Respecto a la Escala de Orientación al Logro (Díaz-Loving y Andrade, 1985) se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos obteniendo medias y desviaciones estándares; se hicieron correlaciones con la prueba estadística de correlación de Pearson y para observar las diferencias significativas entre los puntajes del pretest y del postest se realizaron pruebas "t" de student.

Para la hipótesis número 1 se encontró que si hubieron diferencias significativas entre el pretest y el postest, encontrándose puntuaciones mayores en la segunda aplicación con respecto a la primera. Como se muestra en el siguiente cuadro (cuadro núm. 1) la puntuación total global en el pretest es de 69.5 con una desviación estandar de 18.55 y para el postest de 79.2 con una desviación estandar de 40.6.

Por otra parte, para comprobar esta hipótesis núm. 1 también se realizó una prueba "t" de student con el fin de conocer si hubieron diferencias significativas entre el pretest y el postest de la Escala de Orientación al Logro y se encontró que todos los valores de "t" fueron iguales a .000 lo que quiere decir que si se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Para comprobar la hipótesis núm. 2, a saber: el nivel de motivación al logro previo al tratamiento coadyuva al éxito en el mismo se hicieron correlaciones con el estadístico de coeficiente de correlación de Pearson encontrándose para la puntuación total de la escala y para todas las subescalas que a mayores puntajes en el pretest mayor éxito en el tratamiento. Se muestran los coeficientes obtenidos en el cuadro núm. 1.

Asimismo, para comprobar la hipótesis núm. 3 acerca de la influencia del postest en el éxito del tratamiento, se encontraron las correlaciones mostradas en el cuadro de las que se infiere que, al igual que el pretest, a mayores puntajes en esta última aplicación más éxito en el mantenimiento de la abstinencia de uso de tabaco.

Por otra parte, se sacaron promedios encontrándose que la puntuación global de los que dejaron de fumar y se mantuvieron al menos 6 meses fue de 82.75 en comparación con los que no abandonaron el hábito o reincidieron en él antes de este tiempo quienes tuvieron una puntuación global de 62.9, lo que significa que si hubieron diferencias (ver cuadro núm. 2).

En el cuadro núm. 2, los promedios que se muestran son los obtenidos por sujetos que tuvieron éxito y los que no lo tuvieron y los puntajes obtenidos en el pretest y el postest. La media global de ambas aplicaciones correspondiente a "éxitos" cayó en la opción "4) de acuerdo" a diferencia de la correspondiente a los "fracasos" que fue la opción "3) ni en acuerdo ni en desacuerdo" (ver cuadro núm. 3).

Regresando al cuadro núm. 2, es menester resaltar que la diferencia fue significativa entre éxitos y fracasos para las 3 dimensiones de la Escala de Orientación al logro en sus dos aplicaciones.

Para comprobar la hipótesis núm. 4 se aplicó la prueba "t" de Student para comprobar diferencias significativas entre mujeres y hombres con respecto a alguna otra variable, entre las variables y el tener éxito o fracaso y las diferencias significativas entre los puntajes pretest-postest, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Vale la pena resaltar que la diferencia más significativa entre hombres y mujeres recayó en las subescalas de trabajo y maestría del pretest con una t de 0.028 (para hombres  $\bar{x} = 3.73$  y para mujeres,  $\bar{x} = 3.63$ ) y de 0.038 (hombres,  $\bar{x} = 3.54$ ; mujeres,  $\bar{x} = 3.92$ ), respectivamente, habiendo obtenido un puntaje más alto las mujeres ( $\bar{x} = 29.03$ ) en comparación a los hombres que obtuvieron una  $\bar{x} = 25.9$  en pretrabajo y para premaestría, las mujeres un total de 27.48 puntos las mujeres y los hombres, una puntuación menor con 24.80 puntos en la subescala. En general, las mujeres estuvieron más cerca de la opción "de acuerdo" según las medias de cada subescala.

No hubieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la subescala de competencia en ninguna de las dos aplicaciones ni tampoco en el total del pretest. Asimismo, no hubieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de trabajo y maestría de la segunda aplicación al terminar el tratamiento para dejar de fumar.

También se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el total del postest con una t de 0.46 y en la cual la mujeres dieron un puntaje mayor que los hombres (85.58 vs. 72.78); por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Para comprobar la hipótesis núm. 5 se realizó también una correlación de Pearson con el fin de conocer que si las variables de la historia del fumar tenían relación con el éxito en el tratamiento y sólo se encontró que a mayor número de años de fumar mayor éxito en el tratamiento con una correlación de .0352 a un nivel de significancia  $p = \leq .05$ .

Para las variable de número de cigarrillos consumidos diariamente no se encontró relación significativa con ser o no exfumador como consecuencia de cursar el tratamiento, ni tampoco con la edad de inicio en el fumar.

Para comprobar la hipótesis núm. 6, también se obtuvieron correlaciones y se encontraron las siguientes:

1) No hubieron diferencias significativas con respecto al sexo y el resultado del tratamiento (correlación de .1702).

2) A mayor edad mayor éxito en el tratamiento con un coeficiente de correlación de .0150.

3) No hubo relación entre el estado civil y el resultado en el tratamiento (correlación de .0816 a una  $p \leq .05$ ).

4) Tampoco hubo relación entre la escolaridad y el resultado (.0818 a una  $p \leq .05$ ).

5) Ocupación no se consideró porque los rangos asignados no reflejan de manera fiel el grado de actividad laboral.

6) Se encontró que a menor nivel socioeconómico mayor éxito al dejar de fumar con una correlación de .0404 a una  $p \leq .05$ .

Para la hipótesis núm. 7 se encontró que si existe una correlación significativa entre el número de sesiones a las que se asistió y el éxito en el mantenerse sin fumar, con un coeficiente de correlación de .0000 a una  $p \leq .05$ , por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

## CAPITULO VII. DISCUSION DE RESULTADOS

El análisis e interpretación de los datos obtenidos en la presente investigación conducen al establecimiento de los siguientes comentarios:

De los resultados se infiere que la hipótesis principal de esta investigación, a saber: que el tratamiento para dejar de fumar que imparte la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias eleva el nivel de motivación al logro de los pacientes que lo cursan, se acepta, lo que conlleva a afirmar asimismo que el nivel de motivación al logro influye en el éxito de dejar de fumar o en el fracaso en este intento de rehabilitación de una adicción como la de la nicotina, elemento principal de la planta del tabaco que ocasiona la farmacodependencia.

Lo anterior apoya lo que se ha observado por diversos investigadores como Tamerín, Richard y Eisenger (1972) quienes plantearon que la capacidad de logro es un importante factor en la abstinencia de consumo de cigarrillos de tabaco.

Asimismo, lo encontrado concuerda con lo que mencionan Sperry y Nicki (1991) acerca de que no sólo adecuada orientación al logro influye sobre la modificación de una conducta sino que también, de manera inversa, un cambio de conducta influye en la motivación hacia el éxito. Luego entonces, esta última variable puede ser manipulada por las condiciones de un tratamiento o hasta por las de una investigación.

Como dicen Rollnick, Kinnesley y Stott (1993) ayudar a los pacientes a modificar conductas relacionadas con sus hábitos de comer, beber y fumar, hacer ejercicio y tomar sus medicamentos, es tarea frecuente durante las consultas médicas. Tanto en el hospital como en la atención privada, el cuidado de las personas crónicamente enfermas involucra frecuentemente a aconsejarlas a cambiar sus hábitos. Dado el énfasis que actualmente se otorga a la promoción de la salud, esta actividad reviste ahora de una gran importancia. Sin embargo, también de acuerdo a muchos estudios y por la experiencia de muchos sujetos, los profesionales de la salud reciben poco o ningún entrenamiento acerca de métodos de promoción de cambios de conducta.

Por otra parte, de acuerdo también Baer, Holt y Lichtenstein (1986) las expectativas de logro a generalizarse como maestría y esta variable influye en los intentos de dejar de fumar y el mantenerse abstemio.

Sin embargo, aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pretest-postest que reflejan la variación positiva en la Escala



de Orientación al Logro, el 42.5% de los sujetos no dejaron de fumar (68 sujetos). Esto puede explicarse desde lo que diversos autores (Tamerín, Richard y Eisenger, 1972; Flanagan, 1982; Berlung y Ziff, 1988; Matarazzo y Saslow, 1975; Aragonés, 1981 y Martínez, 1993) han denominado como una "abrumadora expectativa de falla" por lo que manifiestan la necesidad de recibir apoyo y estímulo, así como mensajes tanto implícitos como explícitos de que van a tener éxito en una tarea terapéutica.

Sherman (1987) encontró que un adecuado manejo del miedo al fracaso por parte de los pacientes dentro de una situación de tratamiento depende de la capacidad individual de logro lo que apoya el que el simple resultado del pretest influyera en el resultado del tratamiento de la Clínica de tabaquismo donde se llevó a cabo el estudio.

Asimismo, al igual que el pretest, la calificación obtenida en la segunda aplicación del instrumento utilizado al término del tratamiento, influye en el mantenimiento sin fumar al menos 6 meses después de concluido el mismo, lo que podría significar que la orientación al logro previa y reforzada por las enseñanzas terapéuticas elevan la posibilidad de que se abandone exitosamente el cigarrillo.

Lo anterior lo apoya el hecho de que obteniendo los promedios encontrados en la puntuación global de los que dejaron de fumar y se mantuvieron sin hacerlo fue de 82.72% en comparación con los que no dejaron o reincidieron que tuvieron una puntuación global por medio de 62.9%, lo que significa que si hubieron diferencias (Ver cuadro número 2).

Como mencionan Rollnick, Kinnesley y Stott (1993): durante los últimos diez años han tenido lugar diversos adelantos en la investigación sobre las adicciones, mismos que guardan una relación directa con la creciente comprensión de negociaciones encaminadas a modificar la conducta" (pág. 334).

Para entender "el fracaso" en la rehabilitación de una farmacodependencia los estudiosos de este tema coinciden en que un concepto potencialmente útil es el de "ambivalencia" (Orford, 1985), que en este contexto no significa simplemente una renuencia a hacer algo, sino la vivencia de un agudo conflicto psicológico respecto a la elección de dos vías de acción. En el caso de los fumadores, por ejemplo, el conflicto se da entre fumar y abstenerse. La ambivalencia ante una modificación de conducta es difícil de resolver porque cada lado del conflicto implica tanto costos como beneficios.

Por otra parte, los antecedentes de investigación, tanto respecto a la terapéutica del tabaquismo como de la motivación al logro, apoyan lo dicho en el párrafo anterior y soportan las

hipótesis 2 y 3 de la presente tesis, a saber: 1) un mayor puntaje en el pretest se correlaciona con el éxito en el tratamiento y, 2) un mayor puntaje en el posttest también se correlaciona con el éxito en el tratamiento.

En referencia al cuadro número 2, la diferencia fue significativa entre éxitos y fracasos en cada una de las 3 dimensiones de la Escala de Orientación hacia el logro en ambas aplicaciones, lo que avala que este instrumento tiene una adecuada consistencia interna y resulta válida y confiable. Por otro lado, apoya lo encontrado por Koresteleva y Posokhov (1991), Sherman (1987) y Taber, Russo, Adkins y McCormick (1986), quienes han estudiado la influencia del nivel de motivación al logro en tratamientos de diversas afecciones concluyendo que el manejo terapéutico debe atender siempre al temor al fracaso y depende de la capacidad individual de logro el cómo se maneje. Sherman (1987) agrega que al paciente no le resulta fácil trabajar su falta de confianza en sí mismo, una baja autoestima y su poca disponibilidad para correr riesgos.

Sherman aconseja que el terapeuta debe valorar los sentimientos, el rol sexual y el estilo de vida del paciente. El miedo al éxito y el boicot emergen cuando desde un principio el sujeto no cree que pueda lograr algo.

Taber y col. (1986) concluyeron que las características "narcisistas" son el mayor problema en un tratamiento y que futuras investigaciones deben atender a evaluar las funciones yóicas además de redefinir los objetivos de un tratamiento, ya que del estado de estas funciones depende la orientación hacia el éxito y la obtención del mismo.

Asimismo, aunque las 3 subescalas o dimensiones de la Escala de Orientación al Logro variaron, la que más varió fue la de competencia de lo que se infiere que el tratamiento tiende a incrementar en especial este atributo, que se refiere, como ya se había visto, a la satisfacción derivada del deseo de ganar y ser mejor que los demás. Hendrick (1943 en Cuburú, 1990) comenta que el ser humano tiende a controlar o cambiar alguna porción de su ambiente mediante el uso combinado de sus procesos intelectuales y neurológicos. El instinto de dominio hace que el individuo integre su comportamiento y desarrolle habilidades para la ejecución de ciertas tareas.

Es menester mencionar que la subescala que más puntuó más alto es ambas aplicaciones de la escala fue la de maestría. Como dice Nuttin (en Caruso, 1979): "el resultado real de una tarea está muy relacionado con la vivencia subjetiva de éxito: no sólo con la del éxito anterior, sino también con la del éxito preliminar al llevar a cabo una tarea, así como también con la del éxito que se espera y desea" (pág. 35). Y de acuerdo con Caruso (1979): "Como una importante motivación parcial para la

realización de una tarea aparece la estimación por las propias posibilidades de hacerle justicia, en el sentido de poder realizarla adecuadamente" (pág. 36).

A lo anterior Lewin le llamó "nivel de pretensión". La dimensión de maestría se podría relacionar con el concepto de "locus de control" de Rotter que significa la creencia que una persona tiene respecto a quién/quienes o qué factores controlan su vida. Las subescalas de competencia y trabajo también se relacionan con este constructo.

Las personas con un locus de control interno perciben los resultados de su conducta como consecuencia de sus propias acciones, habilidades y actitudes. Las personas con locus de control externo consideran los resultados independientes de su conducta y que son debidos a su buena suerte o al poder de otros y por lo tanto están más allá de su control personal.

Por otra parte, la diferencia más significativa entre hombres y mujeres recayó en las subescalas de trabajo y maestría del pretest y no hubieron diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la subescala de competencia en ninguna de las dos aplicaciones ni tampoco en el total del pretest. Asimismo, tampoco las hubo en las subescalas de trabajo y maestría en el postest, en síntesis, la primera diferencia mencionada el inicio de este párrafo fue la única significativa.

Lo anterior no concuerda con lo encontrado por otros investigadores. Spence y Helmreich (1978) encontraron que los hombres obtienen calificaciones más altas en maestría y competitividad. Sin embargo, si coinciden con lo encontrado en esta investigación de que las mujeres califican más alto en trabajo. Sin embargo esto ocurrió en los Estados Unidos de América. Velázquez y Casarín encontraron una mayor maestría en hombres y que en los rubros de trabajo y maestría no encontraron diferencias significativas. Díaz-Loving y Andrade (1985) refieren un mayor nivel de competencia en estudiantes del sexo masculino y ninguna en cuanto a maestría y trabajo en población mexicana.

El que las mujeres salieran más altas en trabajo y maestría tal vez influyó para que el porcentaje de éxito en las mismas fuera más alto que en los hombres (61% contra 52%).

Si se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el postest, probablemente por el reflejo de las diferencias acusadas en dos de las tres subescalas ya desde el pretest. Sin embargo, no se obtuvo una correlación significativa entre la variable sexo y el resultado en el tratamiento. Los hallazgos no concuerdan con los reportado por

Blake, Kleep, Folsom, Luepker, Jacobs y Mittelmark (1989) quienes encontraron que los hombres dejan más fácilmente de fumar que las mujeres.

Ni para la variable de cantidad de cigarrillos consumidos por día ni para la de edad de inicio se comprobó la hipótesis de investigación por lo que se acepta la hipótesis nula. Esto podría significar que no importa el número de cigarrillos consumidos al día ni la época de la vida en que se empezó a fumar para tener éxito o no en la empresa de dejar de hacerlo.

Lo anterior no concuerda con los hallazgos de muchos investigadores y de diversas encuestas quienes afirman que iniciarse a fumar a edades tempranas dificulta el decidirse a dejar de hacerlo. Por otra parte, también coinciden, y esto no se analizó en la presente tesis, en que entre menor edad de inicio en el consumo crónico de tabaco mayor probabilidad de padecer una enfermedad ocasionada por dicho hábito.

Se aceptó la hipótesis de investigación número 7 ya que si se dió una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de asistencia y el éxito en el mantenimiento sin fumar. Probablemente esto guarda relación con que la mujeres, quienes cubrieron con un número de asistencias mayor tuvieron en mayor porcentaje éxito en el tratamiento.

Tampoco se encontró relación para la mayoría de las variables sociodemográficas sino sólo para la edad y el nivel socioeconómico. Esto es: a mayor edad mayor éxito y a menor nivel socioeconómico mayor éxito.

## CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

1. Se encontró que para la población estudiada es importante que el tratamiento que recibió si eleve su nivel de motivación hacia el logro ya que aporta recursos conductuales, congnotivos y afectivos que aumentan la confianza en sí mismos, la autoestima y una alianza positiva con los compañeros del grupo con el fin de eliminar la sensación de desesperanza aprendida por fracasos previos o por la fuerte dependencia al tabaco.
2. Asimismo, el nivel de motivación al logro previo al proceso de dejar de fumar influye en el buen desempeño en un tratamiento de grupo y en el resultado favorable del mismo.
3. Los resultados apuntan a que el factor competencia es muy importante, por lo menos en la muestra estudiada, por lo que es posible que en un poco más del 50% presenten un nivel de motivación al logro alto aún antes de haber cursado el tratamiento.
4. Parece que las mujeres están adquiriendo mayor seguridad en las tareas que realizan ya que actualmente se preocupan por tener cierto estatus social frente al hombre y adoptar una forma de comportamiento más igualitaria y más funcional en una situación grupal determinada.
5. En la terapéutica del tabaquismo el éxito depende tanto del método como del paciente. Los fumadores que asisten a la mayor parte del tratamiento en su totalidad tienen mayores posibilidades de abandonar la farmacodependencia a la nicotina.
6. Las personas difieren en personalidad, estados de ánimo y estilo de vida por lo que un tratamiento debe ser una combinación de las diversas alternativas terapéuticas aunque no perdiendo una teoría psicológica medular que lo estructure.

7. Asimismo, adecuados procedimientos que coadyuven al mantenimiento de la abstinencia de consumo de tabaco hacen una contribución al éxito de la rehabilitación en esta farmacodependencia. Las personas con un adecuado funcionamiento psico y, específicamente que posean la capacidad de aprender de la experiencia y anticiparse adecuadamente a las situaciones tenderán a evitar recaídas.
8. La terapia de grupo ha resultado el método más eficaz para tratar las adicciones y muchos otros desórdenes o problemas psicológicos.

### ALCANCES Y LIMITACIONES

Una de las limitaciones de este trabajo la constituye el tamaño de la muestra, que es pequeña. Sería importante reproducir esta investigación en una población mayor.

Por otra parte, otra limitante es el que sólo se evalúa un tipo de tratamiento, por lo que únicamente podría generalizarse a una población similar, tanto en su aspecto de ser fumadores de tabaco como en que fue una muestra no probabilísticamente elegida la que recibió dicho tratamiento.

Asimismo, otra limitante es la falta de controles, ya que no se comparó a los sujetos con algún grupo control, por ejemplo de consumidores de otras drogas o simplemente de no fumadores.

Por otro lado, los reportes de abstinencia sólo se obtuvieron por vía verbal y no por métodos clínicos o químicos por lo que esto se constituye en un probable sesgo en el estudio. Sería importante que toda investigación sobre tabaquismo contara con métodos confiables para saber realmente si una persona está fumando o no. Otra la constituye que aunque es un grupo interdisciplinario el que trabaja en el programa para dejar de fumar, tanto el médico como la trabajadora social siempre fueron los mismos, pero las psicoterapeutas que lo imparten son tres y cada una tiene un modo diferente de conducir la terapia aún cuando se siguen lineamientos bien establecidos.

Dentro de los alcances de esta tesis se encuentran el que el diseño de investigación cumple con los requisitos de aceptación con respecto al método clínico, por lo que pueden generalizarse a muestras con características afines y el instrumento que se utilizó es válido y confiable en nuestra cultura mexicana.

Asimismo, es importante que se continúen estudios sobre la motivación al logro ya que existe poca literatura al respecto y el que reporten su interrelación con otras variables que aquí no se evaluaron.

Por otra parte, debe realizarse más investigación sobre la personalidad del fumador y sobre su funcionamiento en términos de aspectos del yo, ya que lo que existe a la fecha las considera variables psicológicas que no se explican psicodinámicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y HEMEROGRAFICAS:

Abelin, J. (1989): "Effectiveness of a Transdermal Nicotine System in Smoking Cessation Studies". Meth & Find Exp Clin Pharmacol. Vol. 11 (3). pp. 205-214. E.U.A.

Ajuriaguerra, J. (1977): Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona. Masson.

Alpert, T.G. y Greenberger, E. (1967): "Relationship of picture structure to achievement motivation in college women". Journal of Personality and Social Psychology. 7 (4) pp. 362-371. E.U.A.

Aneshensel, C.S. y Huba, G.J. (1983): "Depression, Alcohol Use and Smoking Over One Year: A four-wave longitudinal causal model". Journal of Abnormal Psychology. Vol. 92 (2). pp. 134-150. E.U.A.

Aragónés, R. (1981): El tabaquismo. Tesis. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Atkinson, J.W. y Raynor, J.O. (1974): Motivation and achievement. Washington, D.C. V.H. Winston and Sons.

Barón, L. (1985): La Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. Tesis Doctorado. México. UNAM.

Baer, Holt y Lichtenstein (1986): "Self-efficacy and Smoking Reexamined: Construct Validity and Clinical Utility". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 54 (6). pp. 846-852. E.U.A.

Baer, J.S. y Marlatt, G.A. (1991): "Maintenance of Smoking Cessation". Clinics in Chest Medicine. Vol. 12 (4). E.U.A.

Ball, K. (1986): "El Tabaquismo: Epidemia Mortal". México. Foro Mundial de la Salud Vol. 7.

Bellak, L. (1979): El Uso Clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T. México. Editorial Manual Moderno.

Bellak y Small (1990): Psicoterapia Breve y de Emergencia. México. Editorial Pax.

Bergeret, J. (1987): La Personalidad Normal y Patológica. Buenos Aires. Gedisa.



Berlung T.A. y Ziff. D. (1988): "Tobacco Smoking: A comparison between alcohol and drug abuse in patients. Addictive Behaviors. No. 12 pp. 889-890. E.U.A.

Bernstein, D.A. (1969): "The modification of smoking behaviour: An evaluative review. Psychology Bull. 71 pp. 418-440. E.U.A.

Betancourt, H. (1991): "Atribuciones, Motivación al Logro e implicaciones para el desarrollo económico y social". Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. 2 núm. 1, pp. 73-89. México.

Blake, S. M., Klepp, R., Ilchacek, T.F., Folsom, A.R., Luepker, R. V., Jacobs, D.R. y Mittelmark, M.B. (1989): "Differences in smoking cessation. Strategies between men and women. Addictive Behaviours. Vol. 14, pp. 409-418. E.U.A.

Bleger, J. (1989): Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires. Paidós.

Bleichmar, N. y Bleichmar, C. (1989): El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica. México. Eleia Editores.

Blum, N.L. y Naylor, J.C. (1985): Psicología Industrial: sus fundamentos teóricos y sociales. México. Trillas. pp. 476-478.

Bohowlasky (1984): Orientación Vocacional. La Estrategia Clínica. Buenos Aires. Nueva Visión.

Boletín Epidemiológico. "El Tabaquismo en las Américas". (1989). Organización Panamericana de la Salud. Vol. 10 (3). pp. 1-5. México.

Borland, R. (1990): "Slip-Ups and Relapse in Attempts to Quit Smoking". Addictive Behaviors. Vol. 15. pp. 235-245. Australia.

Borland, R. (1992): "Relationships between Mood around Slip-Up and Recovery of Abstinence in Smoking Cessation Attempts". The International Journal of the Addictions. Vol. 27 (9). pp. 1079-1086. Australia.

Bowers, T.G. (1989): "Prognosis in a Smoking Cessation Program". The International Journal of the Addictions. Vol. 24 (10). pp. 929-939. E.U.A.

Buckremer y Minneker (1989): "Efficiency of Multimodal Smoking Cessation Therapy combining Transdermal Nicotine Substitution with Behavioral Therapy". Meth & Find Exp Clin Pharmacol. Vol. 11 (3). pp. 215-218. E.U.A.

Calvin, S. y Bardner, L. (1984): La Teoría del sí mismo y personalidad. México. Paidós.

Campbell, I.A. (1988): "Stopping Patients Smoking". Br. J. Dis. Chest. Vol. 82 (9). pp. 9-15. Inglaterra.

Caruso, I.A. (1983): Aspectos Sociales del Psicoanálisis. México. Premia Editora de Libros.

Caudillo, C. (1992): "La ética en el inconsciente". Revista Aletheia del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social Número 11. México.

Clarke, V.A. (1987): Smoking and Academic Achievement: A Pilot Study. Psychological Reports. Vol. 60. pp. 259-262. Australia.

Cofer, C. y Appley, M. (1971): Psicología de la Motivación. México. Trillas.

Cohen, C., Pickworth, W.B. y Henningfield, J.E. (1991): "Cigarette Smoking and Addiction". Clinics in Chest Medicine. Dec. Vol. 12 (4). pp. 701-710. E.U.A.

Coombs, R. (1969): "Social participation self concept and interpersonal valuation." Sociometry. Vol. 32. pp. 273-286. E.U.A.

Coultas, D.B. (1991): "The Physician's Role in Smoking Cessation". Clinics in Chest Medicine. Vol. 12 (4). pp. 755-768. E.U.A.

Crandall, V.J., Kathowski, W. y Preston, A. (1960): "A conceptual formulation for some research of Children's Achievement Development". Child Development. Vol. 31. pp. 787-797.

Cuburú, : La Elección Vocacional y el Ideal del Yo. Tesis. Universidad de las Américas. México.

Chabassol, D.J. (1978): Fear of success in high school girls as related to family composition. Psychological Reports. 42. pp. 889-890.

Chávez, R. (1991): "Aspectos cardiovasculares del tabaquismo. Panorámica de la situación". Trabajo presentado en el Congreso Mundial de Salud Mental representando al Instituto Nacional de Cardiología. México.

Del Bosque, M. T. y Vargas, J.E. (1976): La Prueba de McClelland y sus modificaciones a través de un programa de Capacitación.

Díaz-Loving, R. y Andrade-Palos, P. (1985): "Motivación de Logro y Orientación hacia la Familia y el Trabajo". Trabajo presentado en el Primer Congreso Interamericano de Psicología Laboral. México.

Díaz-Loving, R., Andrade, P. y La Rosa, J. (1989): "Orientación de logro. Desarrollo de una Escala Multidimensional (EOL) y su relación con aspectos sociales y de personalidad. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 6 núm. 1. México.

Díaz Nieto, (1993): El temor al éxito y la motivación al logro. Tesis. México. Universidad Intercontinental.

Díaz Portillo, I. (1989): La Entrevista Psicodinámica. México. Editorial Pax.

Diccionario Larousse de la Lengua Española. (1987): México.

Dogana, F. (1980): Psicopatología del Consumo Cotidiano. Barcelona. Gedisa.

Eiser, J.R. y Van Der Pligt, J. (1986): "Sick" or "Hooked": Smokers' Perceptions of their Addiction". Addictive Behaviors. Vol. 11. pp. 11-15. E.U.A.

Elías Ibargüengoytia, A. (1987): "Motivación y Psicoterapia". Revista de Psicología Alétheia del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. México. pp. 73-78.

Erikson, E.H. (1990): El Ciclo Vital Completado. México. Paidós.

Erikson, E.H. (1987): Infancia y Sociedad. México. Paidós.

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1986): Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Masson.

Eysenck, H. (1987): Fundamentos Biológicos de la Personalidad. 5a. edición. Colección Conducta Humana. Barcelona. Martínez Roca.

Feather, N. T. y Simon, J.G. (1975): "Reactions to male and female success and failure in sex-linked occupations: Impressions of personality, casual attributions and perceived likelihood of different consequences". Journal of Personality and Social Psychology. 31 (1) pp. 536-548. E.U.A.

Fenichel, O. (1988): Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México. Paidós.

Flanagan, J.M.H.S. (1982): "Smoking and Depression". American Journal of Psychiatry. Vol. 139 (4) p. 541.

Foreyt, J.P., Jackson, A.S., Squires, Jr., W.G., Hartung, G.H., Murray, T.D. y Gotto, Jr., A.M. (1993): "Psychological Profile of College Students Who Use Smokeless Tobacco". Addictive Behaviors. Vol. 18. pp. 107-116. E.U.A.

Freud, S. (1905): Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual. Obras Completas. Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1908): El Carácter y el erotismo anal. Obras Completas. Tomo IX. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1911): Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1914): Introducción al Narcisismo. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1915): Las Pulsiones y sus destinos. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1916): Algunos Tipos de Carácter dilucidados por el tratamiento psicoanalítico. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1917): Duelo y Melancolía. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1920): Más allá del Principio del Placer. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1921): Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1923): El Yo y el Ello. Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1929): El Malestar en la Cultura. Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu.

Freud, S. (1939): Esquema del Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo XXIII.

Fromm, E. (1981): El Miedo a la Libertad. México. Paidós.

Fromm, E. (1981): El Arte de Amar. México. Paidós.

Ghei, S.N. (1973): "Female personality patterns in two cultures". Psychological Reports. 33, pp. 759-762.

Gilpin, E., Pierce, J.P., Goodman, J., Burns, D. y Shopland, D. (1992): "Reasons Smokers give for stopping smoking: Do they related to Success in Stopping?" Tobacco Control. Vol. 1. pp. 256-263. E.U.A.

Goldfried, M.R. y Robins, C. (1982): "On the facilitation of Self-Efficacy". Cognitive Therapy and Research. Vol. 6, Núm. 4. pp. 361-380.

Gómez Pérez-Mitre, G. (1985): "Autoestima: Expectativas de Exito o de Fracaso en la realización de una tarea". Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. México.

Gómez V., M.C. (1989): Nivel de Motivación al Logro en los estudiantes de nivel medio superior y su relación con el rendimiento académico. Tesis. México. Universidad de las Américas.

González Núñez, J.J. (1987): Psicoterapia, Reparación y Contratransferencia. Aletheia núm.8. Revista del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C. México.

González Núñez, J.J. (1992): Interacción Grupal. México. Colección Nociones de Editorial Planeta.

González Núñez, J.J., Romero, J. y De Tavira, F. (1986): Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. México. Trillas.

González Núñez, J.J., Cortés, Y.E. y Padilla, M.T. (1994): La Imagen Paterna y Salud Mental del Mexicano. México. Infracom.

Hartmann, H. (1969): Ensayos sobre Psicología del Yo. México. Fondo de Cultura Económica.

Hartmann, H. (1984): La Psicología del Yo y el Problema de la Adaptación. México. Paidós.

Hayashi, M. (1988): Ansiedad y Tabaquismo. Tesis. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Heaven, P.C.L. (1989): "Adolescent Smoking, Toughmindedness and Attitudes to Authority". Australian Psychologist. March. Vol. 24 (1). pp. 27-35. Australia.

Instituto Nacional de Consumido. Encuesta sobre tabaquismo. México. 1988.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Boletín Especial. Mayo de 1993. México.

Jacobs, G.A., Neufeld, V.A., Sayers, S., Spielberger, C.H. y Weinberg, H. (1988): "Personality and Smokeless Tobacco Use". Addictive Behaviors. Vol. 13. pp. 311-318. E.U.A.

Janiger, O. y Dobkin, M. (1973): "Suggestive Hallucinogenic properties of tobacco". Med. Anthropol, 4 (4) pp. 6-10.

Klein, M. (1988): Envidia y Gratiitud. España. Paidós.

Koresteleva, I.S. y Posokhov, S.I. (1991): "Psychological Analysis of neurotic and psychosomatic disorders". Soviet Neurology and Psychiatry. Vol. 24 (3) pp. 24-37.

Lagache, D. (1984): El Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.

Lambert, W.E. y Lambert, W.W. (1979): Psicología Social. México. Uteha. pp. 12-49.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1971): Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. Labor.

La Rosa, J. (1986): Escala de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validación. Tesis de Doctorado. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lasky, C. (1988): Funciones del Yo en el Farmacodependiente. Tesis. México. Universidad Iberoamericana.

Le Houezec, J. y Benowitz, N.L. (1991): "Basic and Clinical Psychopharmacology of Nicotine". Clinics in Chest Medicine. December. Vol. 12 (4). pp. 681-699. E.U.A.

Levi-Strauss, C. (1981): Las estructuras elementales del Parentesco. Barcelona. Paidós.

Lichtenstein, E. y Danaher, B. (1976): "Modification of Smoking Behavior. A Critical Analysis of Theory Research and Practice". Progress in Behavior Modification. New York. Academic Press. pp. 70-132.

Macoby, (1974): Desarrollo de las Diferencias Sexuales. México. Marova. pp. 5-20.

Maier, N.R.F. (1979): Frustration: The Study of Behavior without a Goal. New York. Mc. Graw-Hill.

Manual Estadístico y Diagnóstico de los Transtornos Mentales (DSM-III-R). (1989). México. Masson.

Martínez, G. (1993): "El Nivel de Ansiedad desarrollado al dejar de fumar y el Exito en el Tratamiento". Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Vol. 6, abril-junio. México.

Martínez y Trejo (1991): Dificultades en el Aprendizaje: Una correlación con la satisfacción marital de los padres. Tesis. México. Universidad del Valle de México.

Maslow, A. (1975): Dominance, self-esteem, self actualization. California. E.U.A. Brooks Cole Publishing Company.

Matarazzo, J.D. y Saslow, G. (1960): "Psychological and Relations characteristics of smokers and nonsmokers". Psychological Bulletin 57 (6) pp. 493-513.

McArthur, C., Waldrom, E. y Dickinson, G. (1958): "The Psychology of Smoking". Journal of Abnormal Psychology. Núm. 56. pp. 267-278.

McClelland, D.C. (1953): Studies of Motivation. New York. Appleton.

McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. y Lowell, E.L. (1953): The Achievement Motive. New York. Appleton-Century Crofts.

McGovern, P.G. y Lando, H.A. (1992): "An Assessment of Nicotine Gum as an Adjunct to Freedom from Smoking Cessation Clinics". Addictive Behaviors. Vol. 17. pp. 137-147. E.U.A.

Michaca, P. (1987): Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las Relaciones de Objeto. México. Editorial Pax.

Moran, O., Mier, J. y Pérez-Padilla, R. (1991): "Respuesta al salbutamol inhalado en pacientes con bronquitis crónica asociada al tabaquismo y la inhalación del humo de la pipa". Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. No. 4, pág. 112. México.

Müller, Mauli, y Milavanovic (1989): "Human Pharmacological Investigations of a Transdermal Nicotine System". Meth & Find Exp Clin Pharmacol. Vol. 11 (3). pp. 197-204. E.U.A.

Nordby y Hall (1982): Vida y Conceptos de los psicólogos más importantes. México. Trillas.

Ochoa, A. (1987): Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia. Tesis Maestría. México. U.N.A.M.

Oughorulian, J. M. (1979): La Persona del Toxicómano. Barcelona. Herder.

Pheterson, G.I., Kiesler, S.B. y Goldberg, P.A. (1971): "Evaluation of the performance on women as a function of their sex achievement and personal history". Journal of Personality and Social Psychology. Núm. 19. pp. 114-118.

Philip. L. (1980): "Cognitive, Affective and Conative Health Behaviour of Smokers and Non-Smokers". The Indian Journal of Social Work. April. Vol. XLI, No. 1 pp. 35-44. India.

Pichón-Rivière, E. (1983): El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos Aires. Nueva Visión.

Pilar, M. (1989): El autoconcepto. Madrid. Narcea Editores.

Prochaska, J.O. y Goldstein, M.G. (1991): "Process of Smoking Cessation. Implications for Clinicians". Clinics in Chest Medicine. Vol. 12 (4). pp. 727-735. E.U.A.

Prochaska, A.V., Petty, T.L., Nett, L., Silvers, G.W., Sachs, D.P.L., Rennard, S.L., Daughton, D.M., Grimm, R.H. y Heim, C. (1992): "Transdermal Clonidine Reduced Some Withdrawal Symptoms but Did not Increase Smoking Cessation". Arch. Intern. Med. October. Vol. 152. pp. 2065-2069. E.U.A.

Programa Nacional contra el Tabaquismo (1987) y (1992). México.

Rabkin, S.W., Boyko, E., Shane, F. y Kaufert, J. (1984): "A Randomized Trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behaviour Modification, Health Education or Hypnosis". Addictive Behaviors. Vol. 9. pp. 157-173. E.U.A.

Rado, S. (1973): Psicoanálisis de la Conducta. Buenos Aires. Editorial Hormé.

Ramírez, S. (1988): Infancia es destino. México. Siglo XXI.

Rapaport, D. (1961): El Modelo Conceptual en Psicoanálisis. En Teoría Psicoanalítica de Knight, R.P. Buenos Aires. Hormé.

Rascovsky, A. (1988): "Acerca de la Drogadicción. Una perspectiva psicoanalítica". Revista de Psicoanálisis. May-Jun. Vol. 45 (3). pp. 525-551. México.

Rathus, S.A. y Nevid, J.S. (1978): Behavior Therapy. Strategies for Solving Problems in Living. E.U.A. Signet. Ed.



- Raynor, J.O. y Rubin, I.S. (1971): "Effects of the Achievement Motivation and future orientation on Level of Performance". Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 17. E.U.A.
- Richmond, R.N., Makinson, R.J., Kehoe, L.A., Giugni, A.A. y Webster, I.W. (1993): "One-Year Evaluation of Three Smoking Cessation Interventions Administered by General Practitioners". Addictive Behaviors. Vol. 18. pp. 187-199. E.U.A.
- Rico, M.F.G. (1991): "Tabaquismo: Aspectos históricos, nosológicos y terapéuticos." Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. No. 4. pp. 100-108. México.
- Rodríguez Cortés, M.P. (1994): Sexualidad y Afecto en la Pareja: Cómo influye el cumplimiento de Expectativas Emocionales en la Satisfacción Marital. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, E., Pellicer, G y Domínguez, M. (1985): Autoestima. Clave del Exito Personal. México. Manual Moderno.
- Rodríguez, M.E. : Psicodinámica del Hombre de Exito. Tesis. México. Universidad de las Américas.
- Rogers, C. (1976): El Proceso de convertirse en persona. Buenos Aires. Paidós.
- Rollnick, S., Kinnesley, P. y Stott, N. (1993): "Métodos para ayudar a los pacientes a modificar sus hábitos": BMJ. Volumen 1, Septiembre. pp. 333-336. México.
- Rosenfeld, D. (1976): Estudios sobre la piel, narcisismo, psicosis y adicciones. Buenos Aires. Paidós.
- Rozin, P. y Stoess, C. (1993): "Is There a General Tendency to Become Addicted?" Addictive Behaviors. Vol. 18. pp. 81-87. E.U.A.
- Rubio, M.H., Labrandero, I.M., Selman, L.M., Martínez, R.L., Pérez, N.J., Yáñez, C.R. y cols. (1989): "Avances sobre el Tabaquismo. INER. México.
- Rusell, M.A.H. (1971): "Cigarette Dependence II. Doctor's Role in Management". Brit. Med. J. 15 may. pp. 393-345. Inglaterra.
- Rusell, M.A.H. (1974): "The Smoking habit and its classification. The Pract. 212. pp. 791-800. Inglaterra.
- Schwartz, J.L. (1979): "Review and Evaluation of Methods of Smoking Cessation, 1969-77". Public Health Reports. November-December. Vol. 94 (6). pp. 558-563. E.U.A.

Schwartz, J.L. (1991): "Methods for Smoking Cessation". Clinics in Chest Medicine. Vol. 12 (4). pp. 737-753. E.U.A.

Sherman, J. (1987): "Achievement related fears: gender roles and individual dynamics. Treating women's fear of failure". Women and therapy; Vol. 6 (3) pp. 97-105.

Shiffman, S. (1982): "Relapse Following Smoking Cessation: A Situational Analysis". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 50 (1). pp. 71-86. E.U.A.

Shiffman, S., Read, L. y Jarvik, M.E. (1985): "Smoking Relapse Situations: A Preliminary Tipology". Journal of Addictions; Vol. 20 (2) pp. 311-318.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud. (1990): Encuesta Nacional de Adicciones. México. Secretaría de Salud.

Sistema Nacional de Encuestas de Salud. (1990): Encuesta Nacional de Salud. México. Secretaría de Salud.

Smoking and Health in the Americas (1992): A 1992 Report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization. Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health.

Spence, J.T. y Helmreich, R.L. (1974): "Look at the Thematic Apperception Test and Attitudes toward Achievement in Women: A new look at the motive to avoid success and a new method of measurement". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 42 (3). pp. 427-437.

Spence, J.T. y Helmreich, R.L. (1978): Masculinity and Femininity, their psychological dimensions correlates and antecedents. Austin: The University of Texas Press.

Sperry, J.M. y Nicki, R.M. (1991): "Cognitive Appraisal, Self-Efficacy and Cigarette Smoking Behavior". Addictive Behaviours; Vol. 16. pp. 381-388. E.U.A.

Spoth, R. (1991): "Smoking Cessation Program Preferences associated with stage of quitting." Addictive Behaviours. Vol. 16. pp. 427-440. E.U.A.

Stein, A.H. y Bailey, M.M. (1973): "The Socialization of Achievement Orientation in Females". Psychological Bulletin; Vol. 80 (5). pp. 345-366.

Stoner, S.B. y Spencer, W.B. (1986): "Age and Sex Differences on the State-Trait Personality Inventory". Psychological Reports, Vol. 43. pp. 763-766.

Tabaco o Salud: Situación en las Américas. (1993). Un Informe de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Núm. 536. Organización Mundial de la Salud.

Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe del Cirujano General. (1992). Legislación para el Control del Uso del Tabaco en las Américas. Capítulo 5. pp. 171-181. Organización Mundial de la Salud.

Taber, J., Russo, A., Adkins, B. y McCormick, R. (1986): "Ego Strengh and Achievement Motivation in Pathological Gamblers". Journal of Gambling Behavior, Vol. 2 (2). pp. 69-80.

Tamerin, J.S., Richard, A. y Eisenger, M.A. (1972): "Cigarette Smoking and the Psychiatrist". American Journal of Psychiatry, Vol. 128 (10). pp. 1224-1229.

Tapia, R. (1986): "Tabaquismo". Folleto del Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Tapia, R., Lazcano, F., Revuelta, M. y Sepúlveda, J. (1989): "Epidemiología". Boletín Mensual del Sector Salud. Marzo; Vol. 4 (3). pp. 33-39.

Thilagaraj, R. (1984): "Achievement Motivation of Delinquents and non delinquents". Journal of Social Defense, Jul; Vol. 20 (77). pp. 18-20.

Tipton, R.M. y Riebsame, W.E. (1987): "Beliefs about Smoking and Health: Their Measurement and Relationship to Smoking Behavior." Addictive Behaviors, Vol. 12. pp. 217-223. E.U.A.

Thorton, R.E. (1978): Smoking Behavior: Physiological and Psychological Influences. New York. Thorton Press.

Ulloa, F. (1974): Tres Metas fundamentales en la formación del Psicólogo Clínico. Buenos Aires. Sigla.

Urgellés, L.A. (1990): Acupuntura vs. el hábito de fumar. Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la demanda interna. La Habana. Cuba.

Van Hasselt, V.B., Hersen, M., Null, J.A., Ammerman, R.T., Bukstein, O.G., McGillivray, J. y Hunter, A. (1993): "Drug Abuse Prevention for High-Risk African American Children and Their Families: A Review and Model Program". Addictive Behaviors, Vol. 18. pp. 213-234. E.U.A.

Velázquez, C.J.O. y Casarín-Limón, O.E. (1986): "La Orientación del Logro en estudiantes universitarios". Revista de La Psicología Social en México. Vol. 1. pp. 332-338.

Veroff, J. (1969): Social comparison and the development of Achievement Motivation. En Smith, C.P.: Achievement Related Motives in Children. New York. Rissel Sage.

Vázquez, (1989): La Motivación al Logro en mujeres profesionistas. Tesis. U.N.A.M. México.

Wakefield Jr, W.A. (1989): Personality, Health and Cigarette Smoking. Person. Individ. Diff. Vol. 10 (5). pp. 541-546. Inglaterra.

Watson, M., Pettingale, K.W. y Goldstein, D. (1983): "Effect of Fearappeal on Arousal self-reported and Anxiety: Actitude toward smoking". Psychological Report. Vol. 52 (1) pp. 139-146. England.

West, R.J. y Russell, A.H. (1985): "Pre-abstinence smoke intake and Smoking Motivation as predictors of Severity of Cigarette Withdrawal Symptoms". Psychopharmacology. Vol. 87. pp. 334-336. Inglaterra.

Wilhelmsen, L. y Hjalmarsson, A. (1980): "Smoking Cessation Experience in Sweden". Can. Fam. Physician. May. Vol. 26. Suecia.

Wylie, R. (1974): The Self Concept. University of Nebraska. Press Lincoln.

**APENDICES**

Cuadro núm. 1.

Puntajes obtenidos en las aplicaciones de la  
Escala de Orientación al Logro.

**PRETEST**

	Total	Desv. Est.	Valor T	(1)
1. Competencia	16.40	5.716	.000	.0000
2. Trabajo	27.48	9.004	.000	.0000
3. Maestría	26.14	8.174	.000	.0000
4. Global	69.52	18.55	.000	.0000

**POSTEST**

	Total	Desv. est.	Valor T	(1)
1. Competencia	18.70	6.381	.000	.0000
2. Trabajo	28.79	8.66	.000	.0000
3. Maestría	27.39	8.37	.000	.0000
4. Global	79.19	40.58	.000	.0000

(1) Coeficiente de Correlación con la variable "resultado"

\* Nivel de significancia de .000 para todas las columnas a una "p" de < .01.

Cuadro núm. 2.

Relación entre el puntaje de Motivación al Logro  
y el resultado del tratamiento

	EXITO		FRACASO	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Global	76.53 (12.47)	88.97 (45.117)	60.029 (21.129)	65.94 (28.88)
Competencia	17.97 ( 5.15)	20.478 ( 5.015)	14.26 ( 5.77 )	16.29 ( 7.22)
Trabajo	30.74 ( 6.85)	31.75 ( 5.53 )	23.07 ( 9.7 )	27.79 (10.41)
Maestría	28.58 ( 5.95)	29.92 ( 4.53 )	22.82 ( 9.5 )	23.79 (10.79)
<b>TOTAL</b>	<b>82.75</b>		<b>62.98</b>	

Cuadro núm. 3.

Medias de cada una de las subescalas y de la Escala Global.

	PRETEST	POSTEST	X	-
Global	3.310	3.77	3.54	0.46
Competencia	2.73	3.116	2.923	0.386
Trabajo	3.435	3.59	3.516	0.155
Maestría	3.73	3.90	3.815	0.17



Cuadro núm. 4

Puntajes obtenidos por hombres y mujeres

		GRAL.	GRAL.	HOM.	HOM.	MUJ.	MUJ.
		1	2	1	2	1	2
Global	*	65.5	79.19	67.01	72.78	72.02	85.59
	**	18.55	40.58	20.80	23.89	15.72	51.58
Compe- tencia	*	16.40	18.7	17.13	18.85	15.66	18.55
	**	5.72	6.38	5.67	6.58	5.70	6.21
Trabajo	*	27.48	28.79	29.93	27.65	29.04	29.94
	**	9.00	8.66	9.69	9.60	8.03	7.50
Maes- tría	*	26.14	27.32	24.80	26.29	27.47	28.35
	**	8.17	8.37	8.87	8.96	7.22	7.65
<b>TOTAL X</b>		72.34		69.90		78.80	

1 = pretest

2 = posttest

\* = puntuación

\*\*= desviación estándar

Cuadro núm. 5

Diferencias significativas calculadas mediante la prueba "t" de Student.

PRETEST				
Variable	Compe- tencia	Trabajo	Maestría	Global
Sexo	t=-1.64 p= .103	t= 2.21 p= .028*	t= 2.09 p= .038*	t= 1.72 p= .087
Resultado	t= 4.28 p= .000*	t= 5.85 p= .000*	t= 4.69 p= .000*	t= 6.18 p= .000*
Precompetencia				
Pretrabajo				
Premaestría				
Pretotal				

Cuadro núm. 5

Diferencias significativas calculadas mediante la prueba "t" de Student.

POSTEST				
Variable	Compe- tencia	Trabajo	Maestría	Global
Sexo	t= -.30 p= .767	t= 1.68 p= .095	t= 1.59 p= .120	t= 2.01 p= .046
Resultado	t= 4.32 p= .000*	t= 5.45 p= .000*	t= 4.90 p= .000*	t= 3.69 p= .000*
Precompetencia	.582** t=-5.29 y .000*			
Pretrabajo		.673** t= -2.02 p= .000* y. 030*		
Premaestría			.601** t= -2.02 p= .000* y. 045*	
Pretotal				.405** t= -3.29 p= .000* y .000*

\* Si hubo diferencias significativas

\*\* Correlación

## ESCALA DE ORIENTACION AL LOGRO

NOMBRE:

FECHA:

A continuación hay una lista de afirmaciones. Por favor usted debe indicar en qué medida está de acuerdo. Hay cinco respuestas posibles.

1= completamente en desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4= de acuerdo; y 5= completamente de acuerdo.

Especifique su respuesta encerrando en un círculo el número que mejor exprese su opinión. "Conteste como es, no como le gustaría ser"

Conteste todas las afirmaciones.

- (5) COMPLETAMENTE DE ACUERDO
- (4) DE ACUERDO
- (3) NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO
- (2) EN DESACUERDO
- (1) COMPLETAMENTE EN DESACUERDO

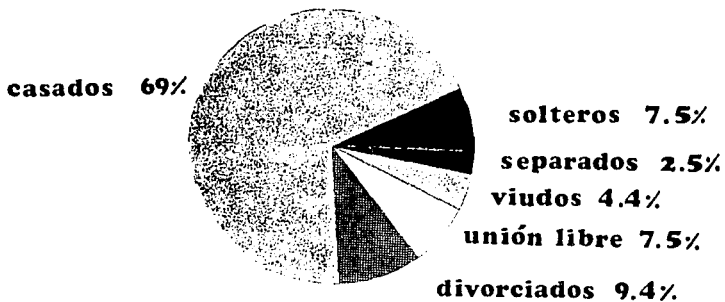
1. Me gusta resolver problemas difíciles	1	2	3	4	5
2. Soy trabajador	1	2	3	4	5
3. Me enoja que otros trabajen mejor que yo	1	2	3	4	5
4. Me disgusta cuando alguien me gana	1	2	3	4	5
5. Me es importante hacer las cosas lo mejor posible	1	2	3	4	5
6. Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor	1	2	3	4	5
7. Ganarle a otros es bueno tanto en el juego como en el trabajo	1	2	3	4	5
8. Disfruto cuando puedo vencer a otros	1	2	3	4	5
9. Soy cumplido (a) en las tareas que me asignan	1	2	3	4	5
10. Soy cuidadoso al extremo de la perfección	1	2	3	4	5
11. Me gusta que lo que hago quede bien hecho	1	2	3	4	5
12. Una vez que empiezo una tarea persisto hasta terminarla	1	2	3	4	5
13. Soy dedicado (a) en las cosas que empiendo	1	2	3	4	5
14. Me siento bien cuando logro lo que me propongo	1	2	3	4	5

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. No estoy tranquilo (a) hasta que mi trabajo queda bien hecho       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Como estudiante soy o fui machetero (a)                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me causa satisfacción mejorar mis ejecuciones previas o anteriores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Me esfuerzo más cuando compito con otros                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Cuando se me dificulta una tarea insisto hasta dominarla           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Si hago un buen trabajo me causa satisfacción                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, revise si contestó todas las afirmaciones.

Gracias.

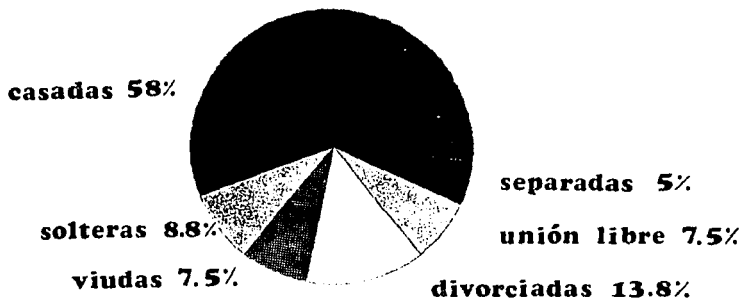
## ESTADO CIVIL



Gráfica número 1. Distribución porcentual del estado civil de la población total.

## ESTADO CIVIL

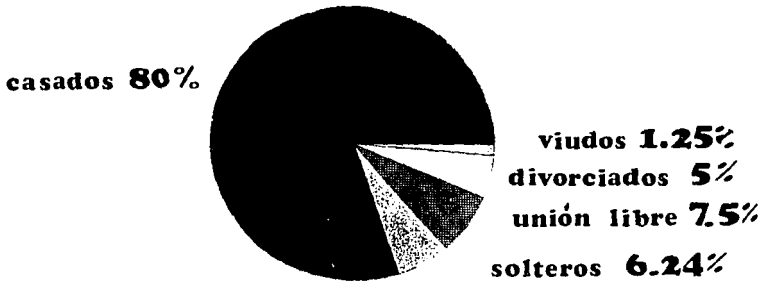
mujeres



Gráfica número 2. Distribución porcentual.

## ESTADO CIVIL

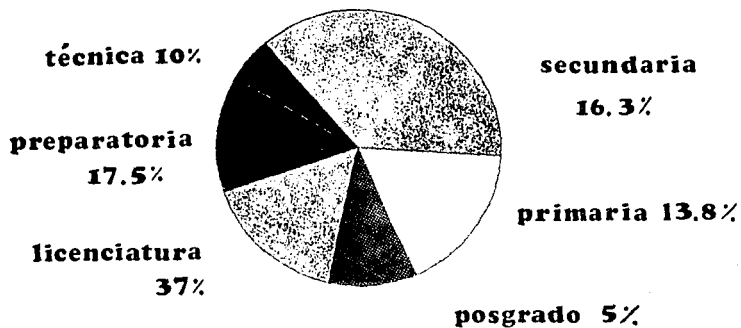
hombres



Gráfica número 3. Distribución porcentual.

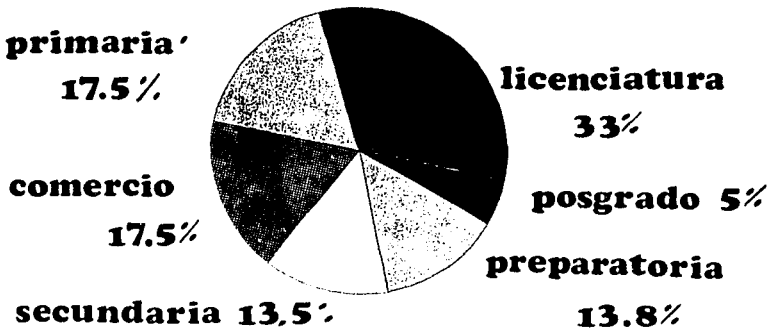


## ESCOLARIDAD



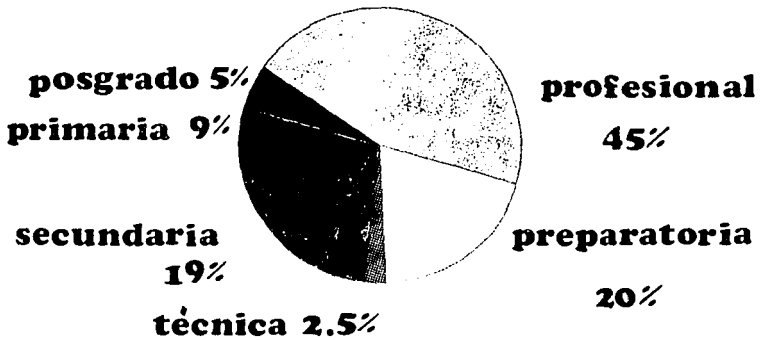
Gráfica número 4.

**ESCOLARIDAD**  
**mujeres**



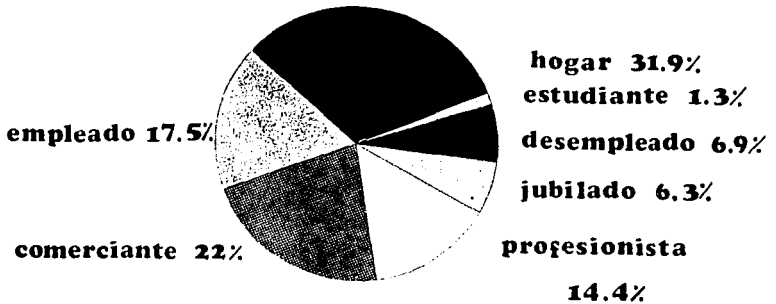
Gráfica número 5.

**ESCOLARIDAD**  
**hombres**



Gráfica número 6.

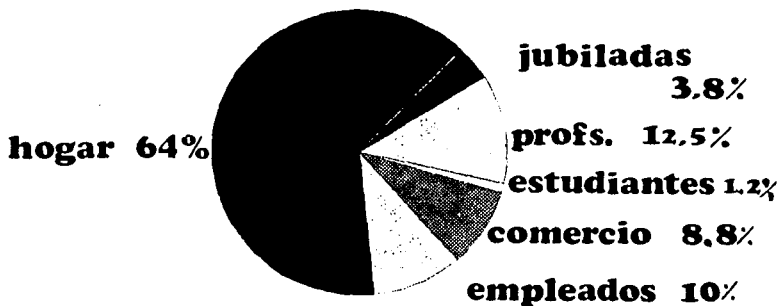
## OCUPACION



Gráfica número 7.

## OCUPACION

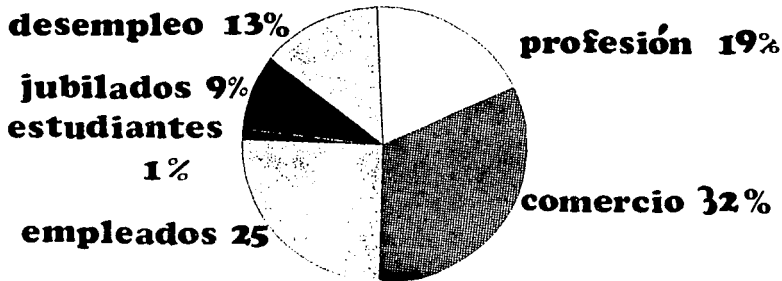
mujeres



Gráfica número 8.

## OCUPACION

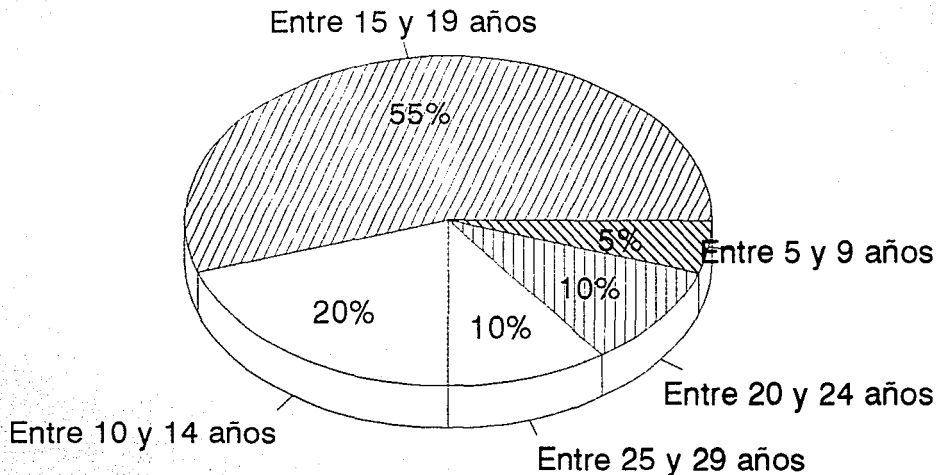
hombres



Gráfica número 9.

# EDAD DE INICIO

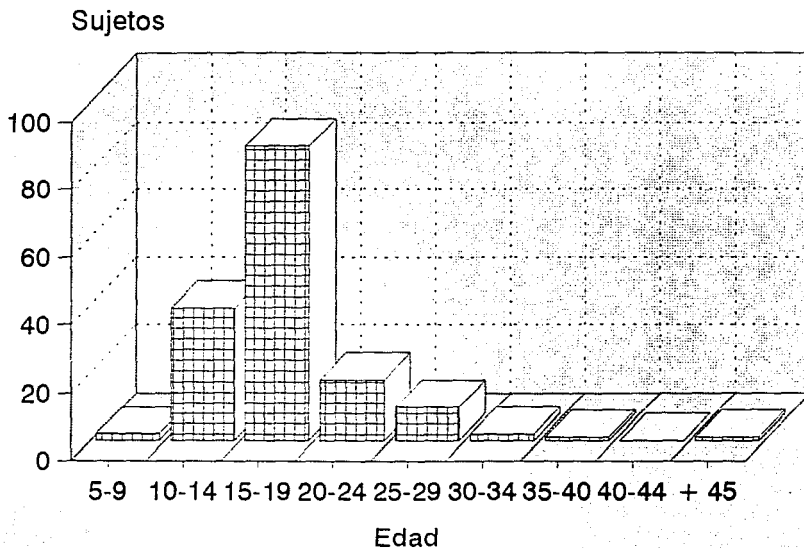
---



Gráfica número 10.

# EDAD DE INICIO EN EL TABAQUISMO

Población Total

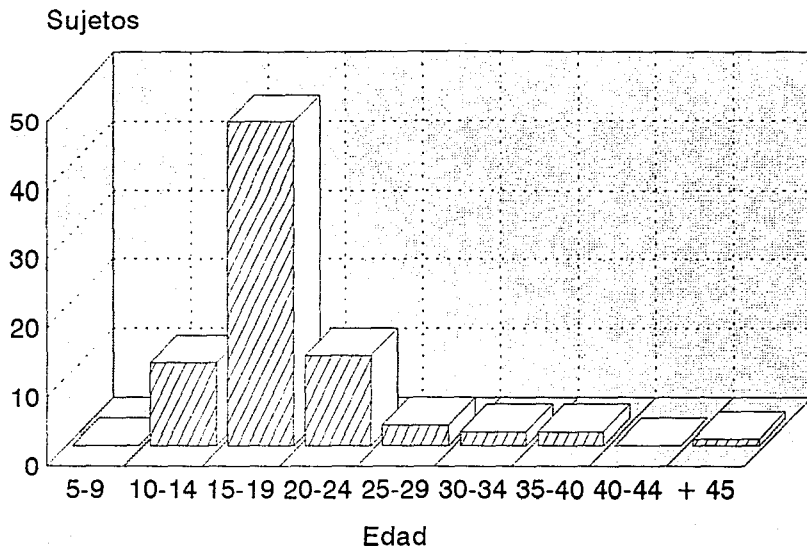


Gráfica número 11.



# EDAD DE INICIO EN EL TABAQUISMO

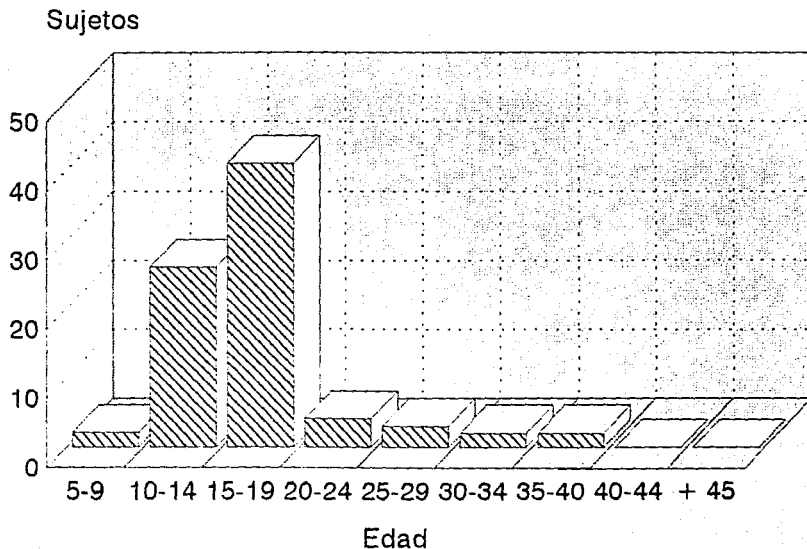
mujeres



Gráfica número 12.

# EDAD DE INICIO EN EL TABAQUISMO

hombres

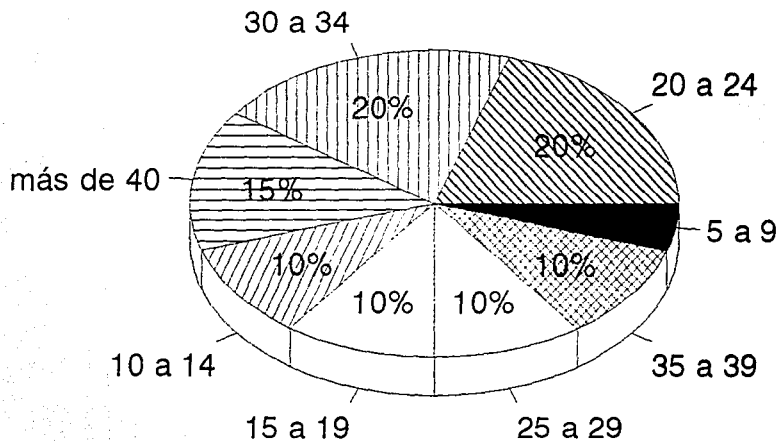


Gráfica número 13.

# AÑOS DE TABAQUISMO

población total

---

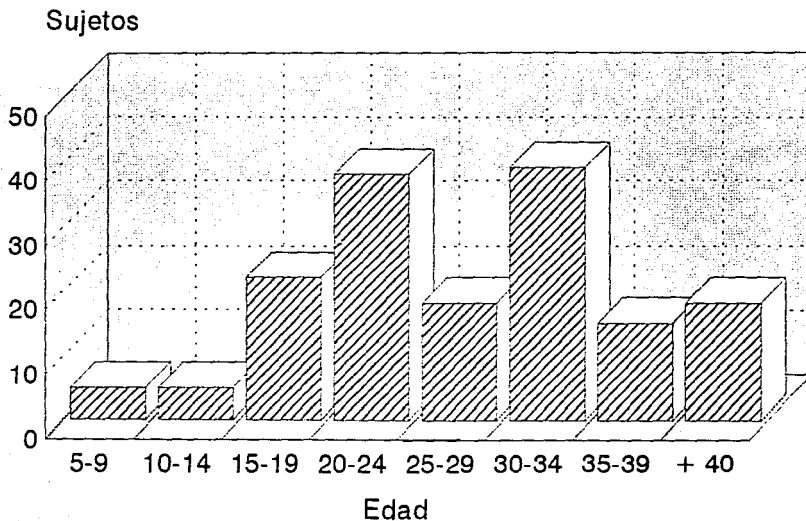


Gráfica número 14.

# AÑOS DE TABAQUISMO

población total

---

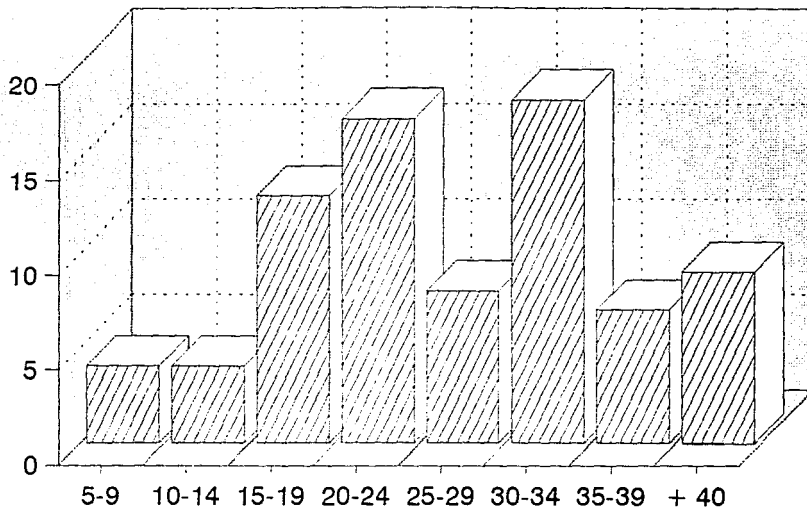


Gráfica número 15.

# AÑOS DE TABAQUISMO

mujeres

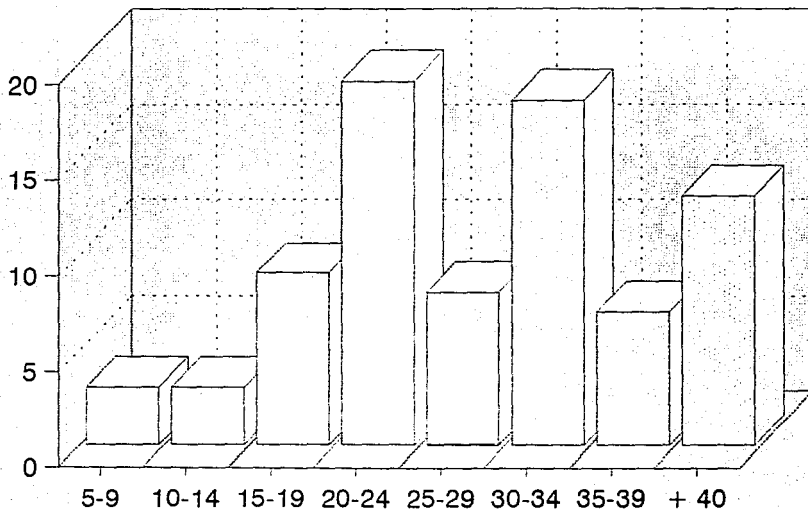
---



Gráfica número 16.

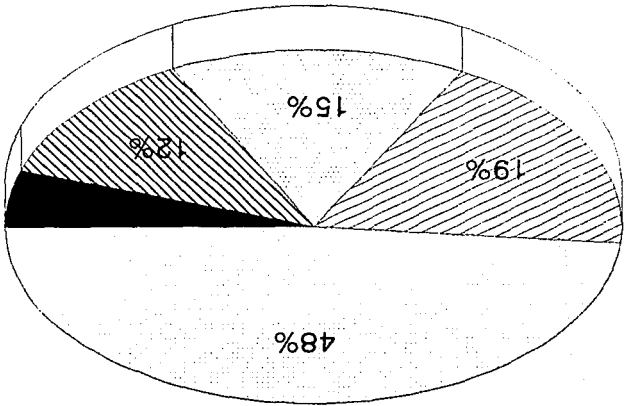
# AÑOS DE TABAQUISMO

hombres



Gráfica número 17.

# CONSUMO DIARIO (de cigarrillos)



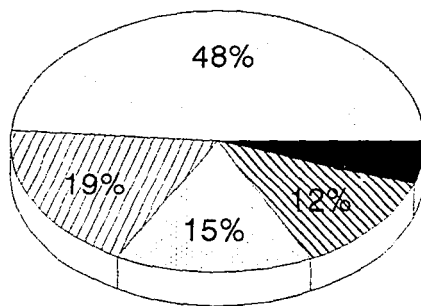
■ 0 a 9    ▨ 10 a 19    □ 20 a 29    ▩ 30 a 39    ▤ 40 a 49

Gráfica número 18.

# CONSUMO DIARIO

(de cigarrillos)

---



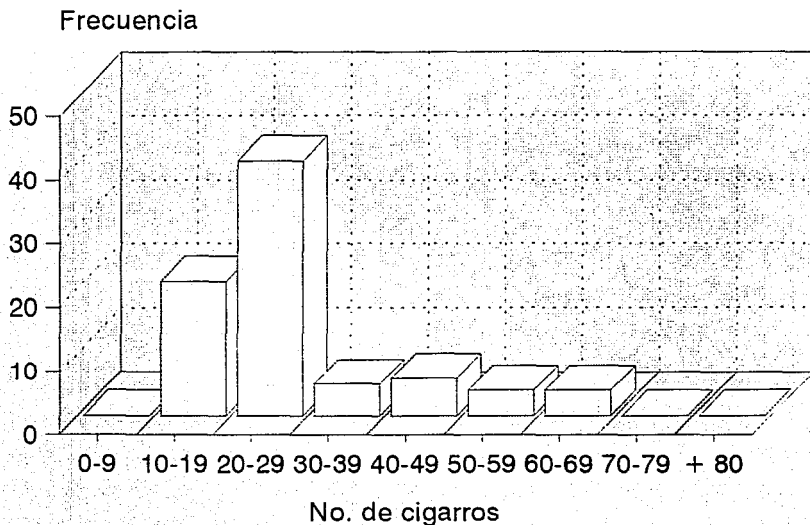
■ 0 a 9    ▨ 10 a 19    □ 20 a 29    ▩ 30 a 39    ▤ 40 a 49

Gráfica número 19.



# CONSUMO DIARIO

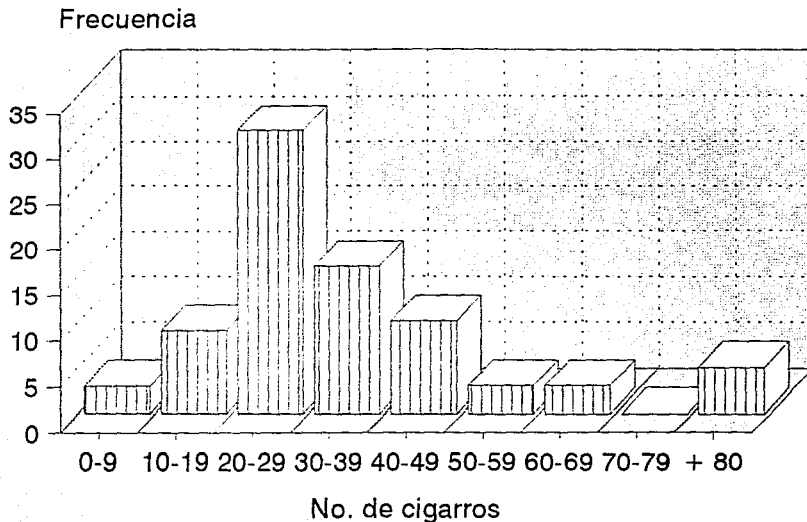
mujeres



Gráfica número 20.

# CONSUMO DIARIO

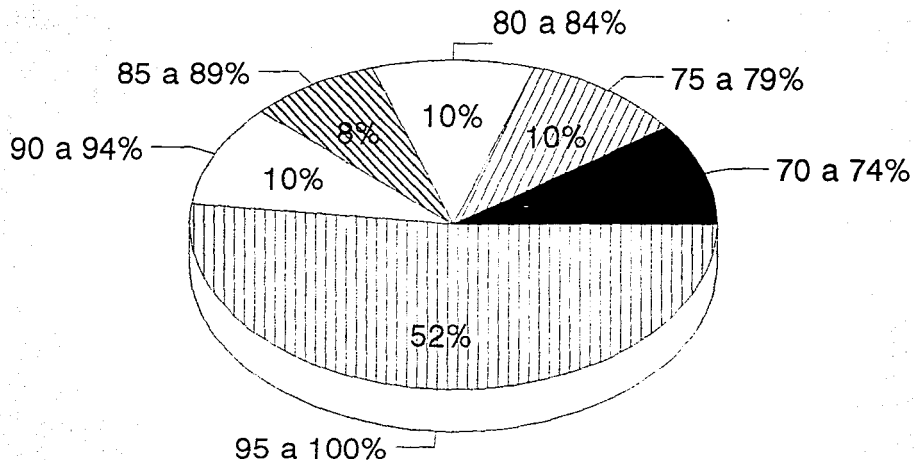
hombres



Gráfica número 21.

# ASISTENCIA

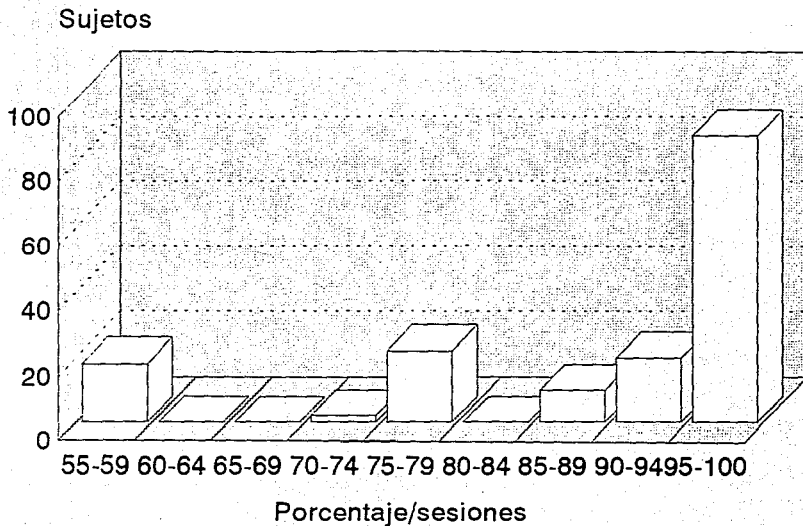
---



Gráfica número 22.

# ASISTENCIA

población total

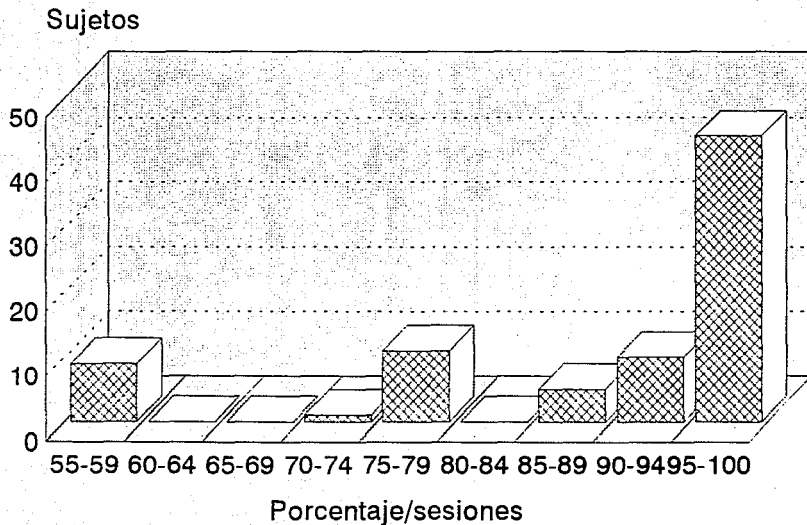


Gráfica número 23.

# ASISTENCIA

## mujeres

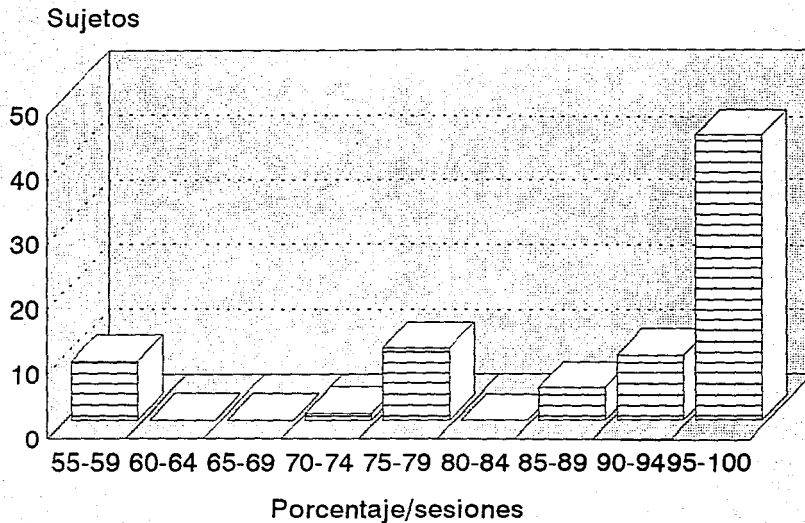
---



Gráfica número 24.

# ASISTENCIA

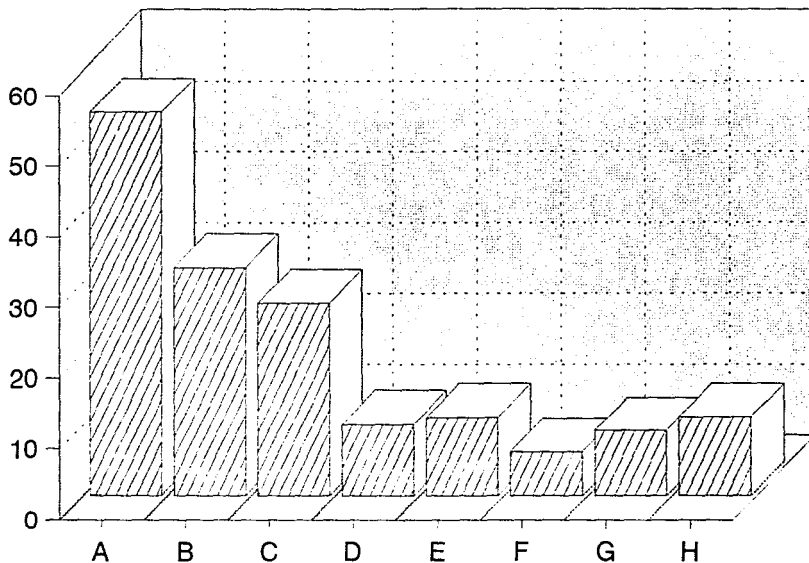
hombres



Gráfica número 25.

# CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

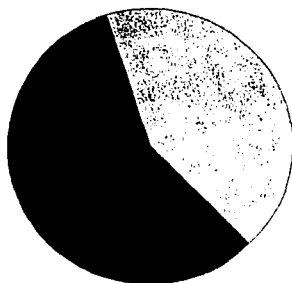
---



Gráfica número 26.

## RESULTADO

**éxitos 58%.**



**fracasos 42%.**

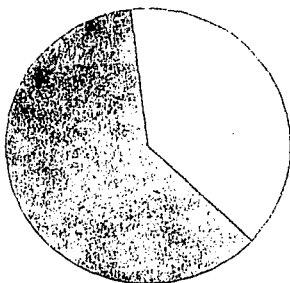
Gráfica número 27.



## **RESULTADO**

**mujeres**

**éxitos 61%.**

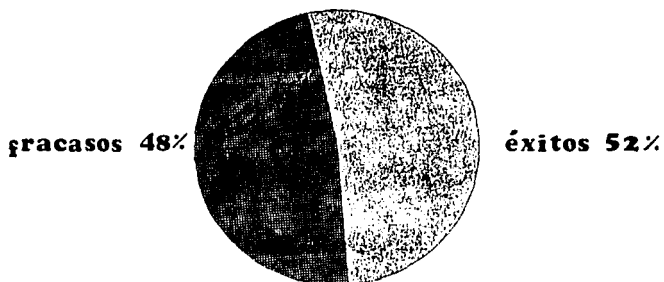


**fracasos 39%.**

Gráfica número 28.

## **RESULTADO**

**hombres**



Gráfica número 29.