



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

149
20

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UN TALLER DE AUTOCONTROL DEL HABITO TABAQUICO Y ASPECTOS PSICOLOGICOS DEPRESIVOS CONCOMITANTES, INSTRUMENTADO MEDIANTE UN GRUPO DE AUTOAYUDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

DANIEL DE JESUS RIVAS VELAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS: MAESTRO HORACIO QUIROGA ANAYA



CIUDAD UNIVERSITARIA

1988.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

276054



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS MAESTROS, FAMILIARES Y AMIGOS

POR TODO LO QUE REPRESENTAN

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

POR SU INVALUABLE AYUDA

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

QUIEN FORJÓ MI ESPÍRITU

EN ESPECIAL A TI, DE QUIEN SOLO RECIBÍ AMOR,

APOYO Y RESPETO

<i>RESUMEN</i>	6
<i>INTRODUCCIÓN</i>	7
<i>CAPÍTULO I</i> <i>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</i> <i>DEL TABAQUISMO</i>	
<i>RESEÑA HISTÓRICA</i>	16
<i>ANTECEDENTES DEL TABACO Y SU USO</i>	18
<i>SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE</i> <i>CIGARRILLOS EN MÉXICO</i>	22
<i>ASPECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS</i> <i>DEL TABAQUISMO</i>	24
<i>COMPONENTES DEL TABACO</i>	27
<i>PUBLICIDAD</i>	29
<i>CAPÍTULO II</i> <i>ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DEL TABACO</i> <i>EN LA SALUD</i>	
<i>DAÑOS A LA SALUD</i>	33
<i>LOS FACTORES QUE MODIFICAN LA</i> <i>MORBI-MORTALIDAD DEL DAÑO</i> <i>PRODUCIDO POR EL TABACO</i>	40
<i>RELACIÓN DE ESPERANZA DE VIDA Y</i> <i>FUMAR</i>	41
<i>EXPOSICIÓN PASIVA AL HUMO DEL</i> <i>TABACO</i>	41
<i>¿QUE OCURRE CUANDO SE FUMA?</i>	42
<i>CAPÍTULO III</i> <i>IMPLICACIONES DEL FUMAR</i>	
<i>IMPLICACIONES DEL FUMAR</i> <i>SOBRE LA MECÁNICA RESPIRATORIA</i>	45
<i>RAZONES PSICOLÓGICAS DEL FUMAR</i>	49
<i>CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS</i> <i>PRIMARIAS</i>	54

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HÁBITO TABÁQUICO	55
CONDICIONAMIENTOS INTERNOS Y FACTORES EXTERNOS	60
¿QUÉ OCURRE AL DEJAR DE FUMAR?	63
RELACIÓN ENTRE DEJAR DE FUMAR Y AUMENTO DE PESO	65
 CAPÍTULO IV EL ESTRÉS	
 DEFINICIÓN	 69
CAMBIOS FÍSICOS	73
TRASTORNOS OCASIONADOS POR EL ESTRÉS	75
 CAPÍTULO V ASPECTOS DEPRESIVOS	 78
 ANSIEDAD	 79
ANGUSTIA	80
DEPRESIÓN	80
 CAPÍTULO VI ANÁLISIS DEL GRUPO	
 LOS GRUPOS	 85
GRUPOS TERAPÉUTICOS	90
GRUPOS DE AUTOAYUDA	93
 CAPÍTULO VII APRENDIZAJE	
 PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	 98
TÉCNICAS DIDÁCTICAS	102
TÉCNICAS DIDÁCTICAS GRUPALES	104
CRITERIOS DE SELECCIÓN	104

CAPÍTULO VIII
EL AUTOCONTROL

DEFINICIÓN DE AUTOCONTROL	105
TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	106
CADENA DE APRENDIZAJE	109
CONDICIONAMIENTO PSICOLÓGICO	110

CAPÍTULO IX
MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	112
HIPÓTESIS	113
VARIABLES	113
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	114
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	114
INSTRUMENTOS	116
ESCENARIO	119
DISEÑO	119
TIPO DE ESTUDIO	119
MUESTREO	119
SUJETOS	120
PROCEDIMIENTO	121

CAPÍTULO X RESULTADOS	222
--	-----

CAPÍTULO XI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	249
---	-----

ANEXO	261
--------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	292
---------------------	-----

RESUMEN

El creciente problema que implican los habituales fumadores dentro de las áreas laborales, así como las múltiples consecuencias nocivas respecto a su salud y a la de la comunidad, dan origen a la creación de la presente propuesta. La cual incluye el análisis de los aspectos más relevantes de la habituación, historicidad, mercadotecnia, efectos y consecuencias del consumo de cigarrillos, así como la revisión de los factores coadyuvantes en su posible modificación.

En el presente estudio se describe detalladamente la integración de una serie de actividades y técnicas, además del sustento teórico que respalda a cada una de ellas, que conformaron el eje medular de un Taller de Autocontrol aplicado a doce trabajadores del IMSS, a quienes se les instruyó didáctica y psicoactivamente con el objetivo de dar forma a un grupo permanente de autoayuda para el control del hábito tabáquico, así como de algunos rasgos psicológicos de tipo depresivo considerados concomitantes a dicho hábito.

Los resultados obtenidos mediante la comparación del grupo con sí mismo, antes y después del estudio, reflejan una disminución grupal significativa que en los niveles de habituación se reducen, totalmente, hasta en el 50%, y parcialmente, en el 100% de la muestra. Respecto al nivel de ansiedad su disminución también es significativa pero fluctuante; encontrándose una relación de mayor importancia entre habituación y manejo de ansiedad, que entre habituación y el nivel de ésta.

La posibilidad de extrapolar o generalizar los resultados es limitada, a pesar de la complejidad y del cúmulo de áreas en que se interfiere durante el proceso, no obstante, cubre la carencia de material didáctico al respecto y su detallada revisión es fuente de múltiples relaciones entre la habituación y algunos elementos psicodinámicos que pudieran generar posteriores estudios, los cuales implementen programas de control y seguimiento con un pronóstico de mayor eficacia y profundidad reestructurativa.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los problemas que afectan a nuestra sociedad y que repercuten significativamente en su salud el tabaquismo es uno de los principales, ya que además de su condición de nocividad es inminente su crecimiento y su incidencia en las nuevas generaciones, las cuales son atrapadas mediante una ardua labor de proselitismo y de aparente cotidianidad, que le da un carácter de normalidad y de aceptación contemplativa, que permite y fomenta sus efectos negativos, no solo en el aspecto físico, sino también en lo que se refiere a los aspectos psicológicos.

Por eso consideramos que todo intento de esclarecer cualquier aspecto que se relacione con este problema, que en la práctica clínica puede ofrecer un panorama alarmante, es como la aportación de una semilla que pudiera germinar en logros concretos para detener su avance dentro de nuestra sociedad.

Es por ello que aún sacrificando cualquier tipo de inclinación teórica y tomando el riesgo de caer en el eclecticismo, se creó el presente estudio, tomando de muy diferentes enfoques teóricos y metodológicos los elementos que pudieran aportar la posibilidad de dar a los sujetos-pacientes, alternativas diversas en el control de la habituación al tabaco.

La presente investigación planteó la hipótesis general de la posibilidad de disminuir los niveles de habituación al cigarrillo y de la ansiedad depresiva, asociada a ésta, como resultado de la participación activa de los sujetos muestra en el Taller de Autocontrol denominado: "El Grupo de Autoayuda y el Tabaquismo",

que dentro de un modelo cuasiexperimental de un solo grupo, con pretest-postest, se instrumentó por medio de un grupo de Autoayuda en proceso de formación, estructurado en las instalaciones laborales del Instituto Mexicano del Seguro Social, destinado para aquellos trabajadores que fueron considerados, dentro de nuestro marco conceptual, como habituados al tabaco, definiendo el hábito al tabaco como:

Un fuerte impulso, necesidad o compulsión para continuar fumando, sobre lo que se es emocionalmente dependiente, pero no se desarrollan síntomas de abstinencia, característicos de la adicción... se cataloga como un abuso en el consumo del tabaco, no una dependencia a drogas (SSA-CONADIC, 1995B, pp. 7-9).¹

Todos los sujetos estudiados fueron tomados de la población de trabajadores de las oficinas del Nivel Central del IMSS del Distrito Federal, de cuyo programa nace el proyecto del Taller de Autocontrol y dentro del cual se aplicó a los sujetos inscritos el presente diseño de investigación.

Reconociendo que la línea divisoria entre Hábito y Adicción puede no ser definible o detectable, pero operacionalmente sí necesaria, se optó por tomar el autocontrol como base de afrontamiento del problema, dado que implicaba los elementos que se consideró se requerían para una solución multifactorial, e indispensable, frente a un problema similarmente determinado por múltiples y diversas variables.

¹.- Esta conceptualización se refiere al nivel donde no se ha desarrollado un cuadro formal del síndrome de abstinencia, pero que implica el desarrollo de un nivel de tolerancia.

El autocontrol en el devenir histórico de las técnicas psicológicas se ha definido y utilizado de muy diversas maneras, desde Skinner (1953), Goldfried (1973), Mahoney (1974), Rehm (1977), Solé (1989), Kanfer (1980), etc., sin embargo, como lo describe Leyva (1993), en su análisis de las diferentes concepciones del autocontrol en la historia contemporánea de la Psicología al respecto, el definirlo y su aplicación puede variar en función al enfoque o al número de variables tomadas en cuenta, pero podemos resumir que en general, la mayoría coincide en la necesidad de implicar tres aspectos fundamentales, que son: La especificación de la conducta, la identificación de sus antecedentes y sus consecuencias, así como la instrumentación de un plan de acción que modifique algunos de estos antecedentes y consecuencias.

El autocontrol puede ser definido como un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal, en la guía, dirección y regulación de aquellas características de su propia conducta, que pueden eventualmente conducirlo a consecuencias positivas deseadas (Goldfried y Merbaun, 1973, p.11).

Proceso que requiere de todo un conjunto de aspectos educativos, de modificación y regulación, por lo cual, ante la necesidad de ofrecer a los sujetos participantes una serie de diversas técnicas que implicaban tanto una revisión teórica, como un aprendizaje práctico, amén de un ambiente que les proporcionara elementos de apoyo psicológico y la facilidad de aprender de un

símil, además del poder contar con un punto comparativo de referencia, se propuso la realización del Taller de Autocontrol como un curso práctico-didáctico, instrumentado por medio de un grupo de Autoayuda, formado con el objetivo de modificar las conductas y actitudes, producto del hábito de fumar cigarrillos de los sujetos integrantes de un grupo cerrado (solo durante el taller), mediante el aprendizaje y autoaplicación de diversas técnicas de autoobservación, autorregistro, planeación ambiental, dinámicas grupales, automotivación, autocondicionamiento, autocontrol conductual, control de estímulos, utilización de recursos colaterales de apoyo al control y de ayuda en la eliminación natural de residuos tóxicos y reacondicionamiento físico, técnicas de respiración, autorrelajación, autodeterminación, autogestión, asertividad, regulación nutricional, autosugestión y expresión emocional, en un ambiente de participación dinámica y de mutuo apoyo, propiciado por este tipo de grupo.

En el Taller de Autocontrol se pretendió que mediante la psicoterapia conductual los fumadores aprendieran:

... a analizar las características de su habituación, con el fin de identificar con precisión los elementos condicionantes que lo provocan y lo sustentan. Se enseñan además métodos de automonitoreo y autorregistro, para que el sujeto detecte la cantidad de cigarrillos que fuma al día, las situaciones en que lo hace y cómo se siente cuando fuma. [a disminuir el número de cigarrillos fumados]. Así mismo, se imparten técnicas de relajación para manejar los estados de tensión o estrés en forma adecuada, ya que éstos estimulan frecuentemente el hábito (SSA-CONADIC, 1995D, p.36).

Se consideró que el mejor medio de instrumentación del Taller sería por medio de un grupo de Autoayuda, dado que cumple con los requisitos dinámicos de sostén y apoyo psicológico para los sujetos, además de que en él se involucra a los integrantes en un permanente proceso de autorresponsabilización, de expresión emocional, así como de autoevaluación a través de una constante retroalimentación y aprendizaje vicario, tal como lo señalan Vinogradov y Yalom (1996, p.42):

Los grupos de Autoayuda se forman en torno a un problema vital o a una situación vital en concreto y por lo general carecen de líder... los grupos de apoyo reducen el miedo, la ansiedad y el aislamiento que rodean a una situación particular, mediante mecanismos de universalidad y de aprendizaje vicario. Se fomenta el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento y alternativas de conducta... tienen una composición homogénea, que consiste en varios miembros unidos en su lucha contra un problema que todos aceptan como común... se basan en el hecho de que destacar el esfuerzo común, es una terapia efectiva para muchas personas... En dicho grupo el terapeuta utiliza las similitudes entre los miembros, para promover una sensación de universalidad y cohesión. Ello ayuda a combatir los sentimientos de aislamiento y desmoralización, que se producen cuando alguien siente que es la única persona que sufre en el mundo.

Dicho Taller facilitó la participación activa y compromiso grupal que conlleva la necesidad de cada participante a realizar una serie de tareas, dentro y fuera del grupo, que les permitieron tanto la modificación de las condiciones de su medio, que propiciaban la permanencia del hábito, así como la dinámica que proporcio-

nara los elementos de modificación de los aspectos psicológicos implicados en la autoestima, la ansiedad, la motivación, etc., basándose en la sustentación que supone una correlación dinámica entre la habituación al tabaco y la existencia de aspectos importantes de ansiedad depresiva vinculados a este hábito. Partiendo del supuesto de que en los afectos de ansiedad y de angustia las sensaciones corporales, más determinadas, pueden ser referidas a ciertos órganos, principalmente a los de la respiración y al corazón (ver: Freud, 1986).

Referencia que implica una relación con la angustia primaria que se da en el nacimiento como efecto de la sensación de asfixia, quedando grabada como vivencia traumática en el sujeto y pudiendo ser revivida, en posteriores situaciones similares, o ser trasladada a objetos que representarán símbolos de apoyo para superar dichos afectos en la transición de una etapa a otra del desarrollo de la personalidad.

Para el presente estudio la aplicación del término depresión a todo un conjunto de elementos afectivos que implican agresión contra sí mismo, tensión entre el Yo y un estricto super Yo, así como una probable regresión oral narcisista, implica la conformación de una baja autoestima ante la certeza de un fracaso, en el intento de alcanzar alguna aspiración u objetivo que es considerado por el sujeto como peligroso, o prohibido, dando como resultado la ansiedad o angustia depresivas, ligadas con la fantasía del daño hecho a objetos internos o externos, así como el sentimiento de culpa y la tendencia hacia la reparación, de tal forma, que en los

sujetos con un yo débil, como entendemos por ejemplo a los adictos, surge la incapacidad de enfrentarse con el dolor depresivo y es, entonces, cuando objetos como las drogas o el cigarro, según sea el caso, representan diversos símbolos que para el sujeto incrementan su autopercepción, ayudándole a negar dicha ansiedad o angustia.

Simmel ha señalado que la mayoría de las adicciones constituyen defensas contra depresiones severas... el adicto ha introyectado un objeto de amor frustrante (básicamente su madre), al cual ataca o intenta destruir dentro de sí (Grinberg, 1978, p.108).

Dado que esta serie de planteamientos teóricos proponen un cúmulo de supuestos psicodinámicos, se decidió adecuar el "Cuestionario de Depresión" de Lang y Tisher (1990) al sentido laboral para facilitar su uso, en este estudio, como instrumento psicológico de medición de los aspectos depresivos de los adultos implicados, puesto que es una prueba de exploración confiable y que permite la organización de los datos en diferentes escalas, y por ende, la diversificación de su estudio, dado que el presente proyecto se fundamentó, esencialmente, en la consideración de la efectividad del método del autocontrol en función a su adecuación dentro de un marco de soporte psicológico dinámico y como el cimiento en la formación de los sujetos fundadores de la instauración del grupo dentro del Instituto.

Debiendo hacerse notar que nuestro estudio se basó solamente en los aspectos operacionales de dichos elementos depresivos y que pudieran ser deducidos de su definición como un estado afectivo global, es decir:

Decaimiento del ánimo, con la reducción de su energía y disminución de su actividad. En el cual se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil; el sujeto generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades (OPS, 1995, p.320).

Debemos subrayar la consideración de la existencia de una serie de limitantes, tanto referentes al particular universo de la muestra como a la imposibilidad para poder llevar a cabo un seguimiento adecuado, para evaluar recaídas y logros en lapsos de tiempo mayores, además de las referentes a la formación de grupos control y facilidades para la utilización de espacios laborales.

Basados en estas últimas consideraciones, las conclusiones que se apuntan son el resultado del interés por reconocer solamente los elementos que, a nuestro juicio, pueden ser útiles en la obtención de resultados positivos en el autocontrol del particular problema de habituación al cigarrillo, además de la determinación y supresión de los rasgos psicológicos de ansiedad de tipo depresivo, que pudieran significar uno de los muchos elementos psicológicos implicados dentro del cuadro de habituación, pero, sin perder de vista el minúsculo campo que el presente estudio puede abarcar en la aportación de soluciones, prevención y metas de salud, que el problema del tabaquismo en el mundo requiere.

La discusión implícita respecto al uso de diversas técnicas, respaldadas por sustentos teóricos supuestamente irreconciliables,

no responde en la práctica clínica a las necesidades reales de los sujetos implicados, por lo que consideramos nuestro trabajo como un intento de integración y no como una carencia de definición.

Eclecticismo sistemático o técnico: Es la combinación, al margen de teorías, de técnicas o métodos clínicos, que da lugar a protocolos de tratamiento, empíricamente determinados, dirigidos a problemas específicos (Kaplan y Sadock, 1996, p.267).

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABAQUISMO

Reseña histórica

El tabaco es el nombre con el que se designan las distintas especies de plantas del género *Nicotiana*, y al producto que se obtiene, secando las hojas de la planta, oportunamente tratadas y elaboradas. *Nicotiana* es un género de plantas herbáceas anuales de la familia Solanaceas, originaria de América tropical y templada, difundidas como plantas de humo en cultivo industrial, de tallo erecto más o menos piloso, de 5 a 12 decímetros, a veces provisto de aurículas en la base, de raíz fibrosa, ricas en nicotina, aromáticas, usadas para fumar y como masticatorio. El tabaco tiene una acción farmacológica y se emplea en la elaboración de polvos insecticidas, pero tiene una importancia, notablemente mayor, la acción tóxica que su humo ejercita sobre el sistema nervioso y el corazón. El uso habitual de la droga determina una forma de envenenamiento crónico, llamada tabaquismo.

Parece ser que el tabaco fue utilizado desde el siglo I por los indios de América septentrional, en ocasión de ritos religiosos o mágicos, fumándose en grandes pipas de piedra o en envolturas de maíz, aunque posteriormente, sin perder su carácter sagrado, se difundió el uso entre los indígenas, de donde fue imitado por los

españoles a su llegada a América, quienes motivados por la fama de sus virtudes terapéuticas se sintieron inducidos a intentar cultivarlo, primeramente en éste continente y posteriormente en Europa (ver: Tosco, 1980).

Se dice que al llegar Cristóbal Colón y sus hombres a la isla de San Salvador, vieron que los habitantes de aquel país, hombres y mujeres, llevaban en la mano una especie de tizón encendido por un extremo, chupando el extremo opuesto y aspirando el humo, tizón al que llamaron tabaco. Otros mascaban las hojas, otros aspiraban el humo, otros usaban tubos de barro, caña o madera y otros reducían las hojas secas a polvo que aspiraban por la nariz, lo que hace suponer que estaba muy generalizado el uso del tabaco (Enciclopedia, 1979).

Todas las drogas - y el tabaco es una de ellas - tuvieron su razón de ser y su justificación dentro de las sociedades que las producían, y las consumían, esto se hacía por motivos guerreros, en ceremonias religiosas o en ritos mágicos. El inhalar humo o vapores de materias en combustión es tan antiguo como el hombre y siempre se emplearon, en todas las sociedades primitivas, tanto individualmente como en grupos.

En los baños o termas romanas se inhalaban plantas aromáticas o medicamentosas. Los Escitas asiáticos pulverizaban cáñamo sobre piedras calientes y aspiraban su aroma para conseguir una especie de embriaguez. Los indios de Virginia en sus ceremonias religiosas encendían grandes hogueras a los dioses y añadían manojos de hojas de tabaco para aspirar el humo, y así, correspondieran dichos

dioses protegiendo a las tribus, ya que el humo al elevarse ponía en contacto a los humanos con la divinidad; además, lo consideraban un vehículo para solicitar la curación de enfermedades.

Antecedentes del tabaco y su uso

La utilización del tabaco posee una larga historia en el mundo. El tabaco era conocido en América mucho antes de extenderse por Europa y fueron los marineros de la nave española quienes, principalmente, lo difundieron por sus países de origen.

Roales y Calero (1994) reseñan al respecto, que la diseminación del hábito de fumar se inició cuando Cristóbal Colón recibió un regalo de hojas de tabaco de los nativos de San Salvador, que llevó consigo de vuelta a Europa. En un principio el tabaco se mascaba, la idea de fumar se hizo popular hasta mediados del siglo XIX durante la guerra de Crimea y los oficiales turcos la extendieron entre los franceses y los británicos. Fray Ramón Pané, acompañante de Colón, fue quien en 1499 envió un acta a Carlos V, detallando las virtudes medicinales del tabaco, así como las primeras semillas que el rey mandó cultivar, con gran esmero, en espera de sus virtudes curativas y no para fumar.

En Francia lo dio a conocer en 1560 Jean Nicot, embajador francés en Portugal, que lo adquirió de un flamenco recién llegado de la Florida, Nicot presentó la planta y el producto elaborado a la reina Catalina de Médicis. Posteriormente, Linneo y según otros Deléchamps, dio el nombre genérico de *nicotiana* a este vegetal en

memoria de Nicot. Misioneros españoles introdujeron el cultivo del tabaco, procedente de México, en el Archipiélago Filipino. Los portugueses, similarmente, en el Japón en 1573 y el cardenal Santa Cruz fue quien lo llevó a Italia.

Sir Walter Raleigh fue un gran aficionado al tabaco y popularizó la pipa en Inglaterra, él y sus compañeros la llevaron de Virginia al Reino Unido. Al rey Jaime I le desagradaba el olor de lo que él llamaba "hierba borracha" y prohibió su uso, lamentablemente el edicto tuvo escasa repercusión. En el siglo XVII los chinos ordenaron la decapitación de cualquier persona a quien se sorprendiera fumando. Dícese que en Rusia llegó a castigarse el uso del tabaco con la amputación de la nariz y que Urbano VIII prohibió el uso de rapé en las iglesias.

Al importarla de América se le llamó "hierba santa" y con ella se introdujeron gran número de prácticas supersticiosas. El sultán Murad IV, a mediados del siglo XVII, castigaba a los fumadores de tabaco con la decapitación, el desmembramiento o la mutilación de pies y manos. En Módice (Sicilia) para echar las lombrices del cuerpo de los niños ponían a estos tabaco en el ombligo. En Ucrania se tiene al tabaco por planta maldita y se hace ofrenda de él a los espíritus de la selva. En la región de Lüneburg (Alemania), en 1691, fumar, inhalar o mascar tabaco se penó con la muerte.

El Jesuita Allouex, misionero entre los Utauacs, dice que aquellos indios empleaban también el tabaco en sus sacrificios. Oviedo lo describió en su historia de las Indias (Lib.5º, cap. ii), al decir que los caciques de la Isla Española absorbían el humo del tabaco por medio de tubos en

forma de (Y), que aplicaban a sus narices, hasta que perdiendo el sentido caían al suelo... (Enciclopedia, p. 1361).

El tabaco tiene, o tuvo, propiedades alucinógenas y por lo tanto, los indios del llamado Nuevo Mundo lo incluyeron en su herbolaria como medio para provocar un estado de alteración de la conciencia. En general se enlistan más de 50 usos del tabaco, entre los cuales se mencionan los siguientes: Tratamiento del insomnio, purgante, curación de caries, dolores de cabeza, reumatismo, dolores musculares, para disminuir la fatiga, el hambre, la sed, etc.

Como lo relata Escohotado (1989), desde el valle del río Mississipi hasta la Tierra del Fuego, toda América bebía, comía o fumaba esta hierba, (el tabaco)... Los Mayas, además, pasan por ser los primeros fabricantes de cigarros, para lo que seguían un complejo y elaborado proceso... España fue el primer país que gravó, fiscalmente, la importación del tabaco hacia 1611. Durante casi un siglo las monarquías europeas combinaron, hábilmente, las condenas del uso del tabaco con el gravamen y la consiguiente obtención de pingües beneficios, las razones morales fueron diluyéndose y el tabaco fue tolerado, consentido y potenciado (Roales, 1994, pp. 2-6).

Al terminar la primera guerra mundial eran más los fumadores que mascaban tabaco y fumaban pipa, posteriormente se popularizó el cigarrillo, pero, fue hasta principios de los años 60 que los círculos científicos empezaron a discutir los efectos del tabaco sobre la salud, estimándose que fumar cigarrillos había ocasionado en Norte América la muerte de 325,000 personas al año de cáncer, enfermedades del corazón, de pulmones y del sistema circulatorio,

concluyendo que un alto porcentaje de casos se relacionaban con el tabaco.

Se puede afirmar que el 70% de casos de enfermedades "no transmisibles" como cardiopatías, diabetes, hipertensión, bronquitis, cáncer de pulmón, dependen del comportamiento y estilo de vida del individuo y el tabaco mantiene un papel preponderante en ello, al menos en nuestro continente (ver: OPS, 1992).

En la actualidad se concluye que existe una asociación entre el tabaquismo y diversos padecimientos, dado que se han identificado diversas sustancias tóxicas y carcinógenas, entre sus elementos, que se relacionan con el fallecimiento anual de 3.5 millones de individuos en nuestro país como consecuencia del fumar (SSA-CONADIC, 1995D, p. 15).

Como se percibe en esta pequeña reseña histórica el tabaco ha tenido un papel inicialmente ritual y curativo, pero posteriormente un manejo económico, manipulado por la formación de una imagen de socialización y de elitismo absurdo que va llevando a nuestra sociedad a una trampa de consumismo, aprovechando todos los medios socioeconómicos, de imitación, de ocultamiento de información etc., para la proliferación del hábito asociado al mayor número de enfermedades, como se expondrá posteriormente, en la historia del hombre.

Situación actual del consumo de cigarrillos en México

En nuestro país existen de 90 a 100 marcas de cajetillas de cigarrillos, esta es una empresa altamente rentable que emplea a más de 4000 sujetos y produce ingresos millonarios para los medios masivos de comunicación, existiendo un oligopolio de tres empresas tabacaleras que manejan el ingreso total: "La Moderna" el 53%, "Tabacalera Mexicana" el 46% y "La Libertad" el 1% (IMSS, 1997).

El 25% de la población en México, entre 18 y 65 años son fumadores, esto equivale a 11 millones de personas, además de crear una economía criminal que tiende a infiltrarse a la economía legal, creando un nivel de empleo entre contadores, administradores de empresas, campesinos, transportistas etc.

En el nivel político da poder, se presenta como benefactor social, atrae recursos, crea viviendas y tiende a apoderarse de la nación (IMSS, 1997).

Como consecuencia de los registros estadísticos mundiales se considera que existen, actualmente, 1,100 millones de fumadores en nuestro planeta que enfrentan serios efectos del tabaquismo sobre su salud respiratoria, cardiovascular, gastrointestinal, de procesos infecciosos, virales, tumores de piel, trastornos sexuales, además del constante riesgo que representan los 37 componentes tumogénicos que contiene el tabaco (IMSS, 1997).

Se calcula que en las esposas de los fumadores aumenta el riesgo de 2% a 3%, de contraer cáncer pulmonar. Se incrementan, también, síntomas respiratorios, se eleva el riesgo de cardiopatías, se relaciona además con cuadros de otitis, tos crónica,

flema, asma y recurriendo a los análisis de "cotinina" en orina, sangre o saliva, considerada como el marcador biológico más fiel, detectándose dicha sustancia en el 90% de la población estudiada de personas expuestas, pasivamente, al humo de tabaco (IMSS, 1997).

El estado de dependencia hacia el tabaco, como a una droga, es debido a la compulsión creada por dos niveles de adicción, la adicción física hacia la nicotina y la adicción psicológica, que implica desde la manipulación manual del cigarrillo hasta la manipulación respiratoria, asociada con elementos como el alcohol, café, comida, etc., además de la implicación utópica de que el tabaco motiva el área de intelectualidad, sin comprender que, en realidad, no es más que el resultado del efecto de placebo que el tabaco ejerce eliminando tensiones y ansiedad (IMSS, 1997).

En la actualidad, el 85% de los pacientes que presentan Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) son, o han sido, fumadores y presentan dificultad para el fluido del aire, falta de circulación por inflamación de la zona de transición o zona silenciosa, así como inflamación o destrucción fisular, debido al efecto de la acroleína (derivado de glicerina), detectándose daños en los pacientes con apenas un año de fumadores. En la medida en que hay dificultad en el volumen forzado respiratorio, si se tienen menos de 25 años se puede regenerar, pero en la medida que se tiene mayor número de años de edad, y de fumador, se requerirá para su rehabilitación; el abandono total del tabaquismo, oxigenoterapia, broncodilatadores, antiinflamatorios, mucolíticos etc., considerándose que la alternativa más útil en el tratamiento terapéutico es,

actualmente, los substitutos de nicotina (parches, chicles), dentro de un cuadro de programa de modificación conductual (IMSS, 1997).

Aspectos sociales y económicos del tabaquismo

Dado que son innumerables los factores socioeconómicos que influyen en el tabaquismo, nos interesó conocer algunas características generales de los pacientes que acuden a la "Clínica de Tabaquismo" del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F. (1997), encontrando los siguientes datos:

La edad de los pacientes varió entre 15 a 74 años, siendo el grupo de 36 a 45 años el más frecuente con el 33%, en cuanto al sexo, el 51% es femenino y el 49% masculino. Respecto a la edad de inicio en el hábito, encontramos que el 44% se inició antes de los 20 años, el 49% consumen mas de 21 cigarrillos por día y el 88% tienen mas de 10 años de ser fumadores.

En cuanto a la marca predominante encontramos que un 80% consumen "Marlboro", con respecto a la escolaridad el 48% fueron de nivel superior, en cuanto a ocupación el 32% son profesionistas, el 20% amas de casa. Referente a prestaciones médicas, encontramos que el 48% carecen de ellas y el 52% sí las tienen.

El tabaquismo en la actualidad ha sido relacionado con diversas enfermedades y muertes prematuras, según los reportes de SSA y CONADIC (1995A), que aportan datos que merecen nuestra atención por asociarse como una consecuencia directa de problemas sociales y económicos a diversos niveles, como son: Nivel personal, familiar, laboral, nacional y mundial.

A nivel personal.- En primera instancia con la pérdida total o parcial de la salud, además del rechazo, crítica y complicaciones que le implica en algunos medios sociales.

El aspecto económico.- De acuerdo a las características antes señaladas; la mayoría de los pacientes fuman de 21 a 60 cigarrillos al día, con un promedio de 40 cigarrillos diarios, que equivale a más del 50% de un salario mínimo, implicando gastos médicos importantes.

A nivel familiar.- Señalaremos como primer punto la común desintegración familiar, como consecuencia de la pérdida parcial, o total, de la salud de alguno de los miembros de la familia, y si éste es el sostén económico, ello representa un impacto más importante aun. Por otro lado, el gasto innecesario en la compra de cigarrillos, que implica la incapacidad de proveer a la familia de otros elementos más importantes para su manutención. Además de traer como consecuencia la pérdida o disminución del salario, se da el ausentismo y bajo rendimiento escolar por pérdida de la salud de los hijos de fumadores (tabaquismo pasivo), debido a que un ambiente cargado de nicotina y monóxido de carbono puede, también, dañar seriamente la salud de los no fumadores.

A nivel laboral.- Es importante advertir que las enfermedades provocadas por el tabaco producen frecuentemente ausentismo en el trabajo, bajo rendimiento, y como consecuencia, disminución en la productividad de la población económicamente activa, lo que se traduce en el aumento de costos en la mano de obra, pago de incapacidades frecuentes, pago de servicios médicos, de pensiones

y jubilaciones prematuras por enfermedades incapacitantes y prevenibles.

A nivel nacional.- Aquí se considera el desempleo como producto de los daños de la salud que provoca el tabaco y el subempleo consecuencia del primero, por que al no existir la posibilidad de un trabajo estable, se enfrenta la necesidad de realizar otro tipo de actividades. Existe un incremento en la morbilidad por padecimientos prevenibles, se propicia la pérdida de la población en edad productiva y aumento de accidentes de trabajo.

A nivel mundial.- En este nivel existen algunos puntos interesantes, como es el número de incendios producidos en distintos países, los cuales se encuentran asociados con el manejo irresponsable de cigarrillos, los daños ecológicos producidos por la utilización de plaguicidas en las extensas áreas donde se siembra el tabaco, que generalmente contaminan las aguas, esterilizan los suelos y tienen por sí mismos consecuencias carcinógenas, o el dato, ciertamente alarmante, de la madera que se utiliza para secar el tabaco en países de bajo desarrollo tecnológico, ya que por cada 300 cigarrillos producidos les es necesario quemar un árbol.

El hábito de consumo de cigarrillos está aumentando entre la juventud e incrementándose la posible duración de dicha habituación así como el daño potencial orgánico y social.

Es probablemente una de las principales causas evitables de mala salud en el mundo y actualmente se considera a la molécula de nicotina como la responsable de la conducta adictiva, potencialidad

que podría ser modificada, dado que el fumar tabaco es una forma de administrarla.

Componentes del tabaco

Jean Nicot embajador Francés en Portugal, dio su nombre a la especie *Nicotiana Tabácum* al introducirlo oficialmente en Europa en 1560. El alcaloide fue aislado, a partir del tabaco, en 1828 por Posselt & Reiman. Alcaloide sin Oxígeno, líquido, incoloro, que se pone amarillo y después pardo obscuro en contacto con el aire, desprende vapores muy acres y se disuelve fácilmente en agua o alcohol, se encuentra en forma de sal malicia o cítrica en las hojas de variadas especies del género *nicotiana*.

Las cantidades de nicotina disminuyen en las fases de preparación del tabaco: Curado, fermentado, almacenamiento y comercialización, quedándose en cifras de 1% a 1.5% de nicotina en la fase terminal.

El estudio de la nicotina no puede hacerse, aisladamente, de los productos que arrastra en la combustión, como son: acroleina, cianuros, óxidos nítricos, acetonas, amoníacos y benzopirinas (productos altamente cancerosos).

La dosis tóxica en el hombre es de 10 a 20 mg. y la dosis mortal de 0.5 a 1 mg/kg. de peso, esto es una dosis total de 40 a 60 mg.

Afortunadamente, en la combustión es destruida la mayoría de la nicotina y solo pasa al fumador la dosis que justifica el primer mareo por el primer cigarrillo.

La nicotina del cigarro puro se encuentra en forma de sales básicas, que se disuelven en la saliva y se absorben por la mucosa bucal y por los plexos venosos sublinguales, por lo que su dosis de nicotina la tiene sin inhalar profundamente, y no arrastran a los pulmones la totalidad de las sustancias de combustión del tabaco (Enciclopedia, pp. 1324-1340).

Sin embargo, la nicotina de los cigarrillos se encuentra en forma de sales ácidas, no solubles en la saliva y no absorbibles por la mucosa bucal. Para conseguir su efecto se precisa inhalar intensamente, para que el humo llegue al interior de los alvéolos pulmonares, para realizar su absorción. Con ello se daña el pulmón, y además, introduce todas las demás sustancias tóxicas.

Dos tercios del total de dichas sustancias van a la atmósfera a contaminar a las personas próximas. Del tercio que llega al fumador, un 5% se absorbe, aunque no inhale el humo (lo que invalida la teoría de que no tragar el humo no crea ningún problema para la salud).

Si se inhala el humo se absorbe el 70% de la nicotina que este contiene y si se mantiene la inspiración, o se realiza una inspiración forzada, se llega a absorber el 95%. También se absorbe por vía digestiva.

Se distribuye por todo el organismo manteniendo unas tasas en sangre que son constantes para cada fumador y son los niveles que precisa, y a su vez, condicionan la toxicomanía.

Se fija primero en el cerebro, y después en las vísceras, es transformada en el hígado y eliminada por la orina, la saliva y la

leche materna. La muerte se produce por una parálisis de las sinapsis ganglionares del sistema neurovegetativo (Enciclopedia, pp. 1341-1362).

Publicidad

Es de suma importancia analizar los aspectos publicitarios respecto al tabaco, ya que estos de una u otra manera influyen en el inicio y mantenimiento de su consumo. Se expondrán algunos aspectos generales de la publicidad, y posteriormente, se enfocará el problema de la publicidad del tabaco específicamente.

La publicidad es un fenómeno a través del cual se intenta comunicar algo a un conjunto de personas (población-objetivo), con objeto de persuadirlas a actuar en un sentido determinado (Durán, 1982, p. 17).

La publicidad se ha convertido, en los últimos años, en un instrumento indispensable en la política de utilidades máximas para las empresas. La publicidad moderna utiliza la psicología como un arma eficaz para manipular a los futuros consumidores. Para ello, emplea la investigación motivacional que indaga los motivos que inducen a elegir, desarrollando técnicas destinadas a llegar al inconsciente o subconsciente. "Aprovecha las necesidades (disposiciones motivacionales) básicas, tanto emocionales como racionales del consumidor" (Durán, 1982, p. 43).

Para conseguir una actitud favorable, hacia el producto, la publicidad ha desarrollado distintos esquemas de objetivos, denominados modelos de actitudes, que son una representación

simplificada de un fenómeno real; ejemplo: ser visto, ser leído, ser creído, ser recordado, atraer la atención, suscitar interés, provocar deseo, desencadenar la acción etc. El estilo de la publicidad es conseguir, por todos los medios, que una marca tenga connotaciones de prestigio y calidad o resaltar valores añadidos (aquellos que satisfacen necesidades de tipo general), o utilizar el humor.

En esta forma se gastan muchísimas cantidades de dinero anualmente en la publicidad, que lleva a la creación de necesidades en la población a través de los medios masivos de comunicación. Se dice que los gastos de mercadotecnia (ventas, publicidad, promoción e investigación de mercados potenciales), son mayores que los gastos de producción de muchas de las empresas modernas, lo que nos da una idea de la proporción de gastos improductivos que graban el precio de ventas de los productos, sin tomar en cuenta las utilidades. Esto hace que las agencias publicitarias, junto a sus clientes de la industria y las empresas comerciales, gasten enormes sumas de dinero destinadas a la compra de tiempo o espacio en los medios de comunicación.

La publicidad es una de las políticas mas importantes de la industria Tabacalera y sus agencias publicitarias han incursionado, con éxito, en todos los medios de difusión masiva en la mayoría de los países del mundo donde no existe legislación al respecto, gracias a las enormes sumas de dinero que se destina a este rubro.

Para llamar la atención de los consumidores los publicistas utilizan diferentes factores, como son:

1.-Llamar la atención por distinto: Si se requiere mantener despierta la atención se debe cuidar la monotonía.

2.-El encanto de lo nuevo: El anuncio de novedades posee siempre un alto valor atencional.

3.-Despertar la curiosidad: Hay que cuidar que haya una relación ente las esperanzas despertadas en el receptor y lo que éste encuentra a continuación.

4.-Despertar interés haciendo uso de los instintos: (sexual, de autoconservación, de autodesarrollo, de poder y valor, gregario y maternal).

5.-Lo que falta llama la atención: Llama la atención lo que se desvía de la norma.

6.-Motivación de la atención mediante la repetición.

7.-Color: Se han relacionado colores distintos a diferentes estados, ejemplo: el color blanco a la tranquilidad y a la seguridad; el color dorado a el poder.

8.-Luz: El manejo de la iluminación llama la atención.

9.-Material empleado.

10.-Forma: Se ha detectado que la forma influye más en el hombre y que el color influye más en la mujer.

Un aspecto interesante de la publicidad del tabaco es que utiliza imágenes e ideas contradictorias, en relación al hábito de fumar, al que promociona como una actividad cotidiana normal, aceptable y aún deseable.

La mayoría de los avisos del cigarrillo asocian el fumar con la buena salud, el vigor físico, el éxito social y profesional,

etc. De esta manera, plantean un estilo de vida atractivo y exitoso que llega al nivel subconsciente e induce a fumar, especialmente a los niños y jóvenes, que buscan nuevas experiencias y tratan de probar madurez física y mental.

Los anuncios de cigarrillos en revistas femeninas han crecido sustancialmente. Los temas de los anuncios fueron diseñados típicamente para atraer a la mujer, que ha entrado casi plenamente al sector productivo y que ahora tiene los medios económicos que tanto interesan a la industria Tabacalera.

Esta poderosa industria trata de neutralizar los intentos de control del tabaquismo, difundiendo aseveraciones que ponen en tela de juicio las evidencias científicas de los efectos nocivos del tabaco en la salud, señalando que existe controversia, sobre el particular, y que todo lo que se presenta es solo estadística o que las causas del cáncer son desconocidas, y por último, de que todas las cosas consumidas en exceso son dañinas.

Algunos productos femeninos se ofrecen más baratos en la compra de de cigarrillos. También se hace énfasis en la libertad que tiene una persona adulta, debidamente informada, a elegir el fumar, así como en la libertad de prensa en relación a la publicidad del cigarrillo. También reclama la prohibición de la promoción del cigarrillo y no la de las bebidas alcohólicas.

Por último, se hace alarde de que la industria del tabaco es una necesidad económica, que no sólo contribuye a crear fuentes de trabajo, sino que proporciona importantes impuestos al gobierno.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DEL TABACO EN LA SALUD

Daños a la salud

Día a día el consumo de cigarrillos se incrementa en nuestra sociedad y los informes al respecto (SSA- CONADIC, 1995B-E-D, INER, 1997, OPS, 1992), coinciden en asociarlo a numerosas enfermedades y consecuencias letales, así, considerando el tipo de efecto que ocasiona el consumo de cigarrillos, resulta importante conocer que el tabaquismo asociado a otras enfermedades, no solo provoca trastornos graves a la salud, sino inclusive, es causa de muerte.

Se considera que el tabaquismo es el responsable del 87% del total de casos de cáncer pulmonar, del 82% de bronquitis crónica y enfisema, del 21% de cardiopatía isquémica y del 18% de los casos de enfermedad vascular cerebral en Estados Unidos. La mortalidad del adulto fumador es 1.7 veces mayor con relación a su contraparte. En Estados Unidos, 25% de todas las defunciones se relacionan con el consumo del tabaco (SSA-CONADIC, 1995D, p. 10).

En el contexto epidemiológico encontramos una asociación entre fumar cigarrillos y varias enfermedades y está considerado el hábito como la primera causa previsible de enfermedad y muerte prematura y hay una gran asociación entre fumar y el aumento de mortalidad, que al abandonarlo, dicho exceso de mortalidad va disminuyendo. El largo período de incubación de muchas enfermedades provocadas por el tabaco enmascara la verdadera magnitud del peligro, puede transcurrir medio siglo desde que un grupo de

población empieza a fumar, hasta que se manifieste la epidemia (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997).

En nuestro país, la situación con respecto al tabaquismo se agrava a pasos agigantados y es indispensable la toma de conciencia de los diferentes sectores poblacionales, tanto del sector salud como de la sociedad en general, de la relación entre el fumar y algunas enfermedades que afectan incidente y crecientemente al hombre contemporáneo. Como lo describen SSA y CONADIC (1995D, pp. 10-14):

Bronquitis crónica:

Existe una estrecha relación entre tabaco y aumento de la prevalencia de los síntomas respiratorios (tos y producción de esputo o expectoraciones). Estos se incrementan con la cantidad de cigarrillos consumidos, reaparecen cuando el individuo vuelve a fumar y se presenta una mejoría cuando la persona deja de hacerlo. El tabaco produce alteración pulmonar, el término bronquitis crónica se refiere a la inflamación permanente de los bronquios de las vías respiratorias o de aquellas próximas a los conductos cartilagosos, se caracteriza por una excesiva producción de moco y crecimiento de las glándulas mucosas y en casos avanzados pueden observarse microabscesos y deformidad de las vías respiratorias.

Enfisema:

Los factores de riesgo para su desarrollo son: El tabaquismo y alguna enfermedad en la que exista una deficiencia del alfa 1 antiproteasa. Se define como la destrucción de los tabiques alveolares, con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la respiración (salida del aire). Existe una relación directa entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema. El abandono del hábito disminuye el avance de la enfermedad.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):

Los pacientes con EPOC. presentan tos, expectoración y disnea (falta de aire). En el 80% de los casos, la tos antecede al comienzo de la disnea. La expectoración por lo general es mucoide y cuando cambia de coloración amarillento-verdosa, se traduce en una infección bacteriana agregada. Cuando el padecimiento no está muy avanzado, la disnea aparece únicamente con el ejercicio. A medida que la enfermedad se agrava, la disnea evoluciona con pequeños esfuerzos y cuando los casos están muy avanzados, se presenta incluso en reposo.

Hiperreactividad de las vías respiratorias:

Consiste en la broncoconstricción (espasmo de la vía aérea), considerado como un factor independiente en el desarrollo de EPOC. cuando este padecimiento se encuentra asociado es importante saber si la broncoconstricción responde o no al empleo de broncodilatadores, ya que la reversibilidad de la obstrucción bronquial se traduce en una mayor sobrevida. La hiperreactividad bronquial asociada al tabaquismo crónico es reversible cuando se abandona el hábito. El espasmo bronquial posiblemente sea secundario a la lesión de la mucosa, por los componentes del humo del tabaco y a la liberación de sustancias bioactivas por parte de células inflamatorias.

Cáncer broncogénico:

Se considera que el carcinoma pulmonar constituye el 16% de todas las neoplasias, lo que se traduce en un 28% del total de las muertes por cáncer (20% de ellas del sexo masculino) y contribuye con el 38% de las muertes por tumores malignos. Es tal su magnitud, que supera la suma de muertes por otros tumores como los de colon, hígado, estómago y páncreas. En el sexo femenino, la frecuencia de cáncer pulmonar no era muy elevada, sin embargo, a partir de 1960 se observó un incremento paralelo, considerándose la causa más significativa de muerte por cáncer entre las mujeres. En México, según estadísticas (INEGI, 1991), los tumores malignos ocuparon el segundo lugar de mortalidad general, encontrándose 5230 casos en

tráquea, bronquios y pulmón. El primer sitio lo ocupa el carcinoma broncogénico. El riesgo de presentar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, la edad del fumador, el inicio en la adicción, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de la marca de preferencia. El riesgo relativo se incrementa de 15% a 64%, cuando se fuma de 10 a 40 cigarrillos diarios y es más alarmante cuando se asocia con asbesto.

La disminución del riesgo de presentar cáncer pulmonar es lenta y en ocasiones puede tardar de 10 a 20 años en alcanzarse el nivel de probabilidad que tienen las personas que nunca han fumado. Con relación al cáncer pulmonar, el tamaño del tumor tiene una estrecha relación con los síntomas que presenta. De esta forma, un tumor de 1cm. puede ser asintomático e incluso tratarse quirúrgicamente, mientras que otro de 10cm., presente tal vez sintomatología respiratoria y/o síntomas de diseminación a otro sitio, como por ejemplo, a nivel cerebral y estar fuera de posibilidades de tratamiento con un tiempo de vida corta. En nuestro país, como ocurre en muchos otros por desgracia, el paciente se atiende cuando está fuera de posibilidades de tratamiento.

Cáncer de laringe:

Los fumadores tienen un riesgo relativamente mayor para presentar neoplasias a este nivel, el cual oscila entre 2.0 y 27.5 veces más, con una relación dosis-respuesta.

Cáncer de boca:

Existe una alta incidencia de cáncer oral entre fumadores. La relación con no fumadores es de 13 a 1.6 veces. Es significativo que en poblaciones donde existen pocos fumadores (como los Mormones) la tasa de morbilidad de esta neoplasia es baja.

Cáncer de esófago:

La mortalidad por este padecimiento oscila entre 1.3 y 11 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.

Cáncer de vejiga:

El cáncer de vejiga se presenta con una regularidad mayor de dos a tres veces entre los fumadores, asociándose el riesgo con la cantidad de cigarrillos fumados. Se documenta una mortalidad mayor de 1.3 a 11 veces en personas con tabaquismo, en relación a los no fumadores.

Cáncer de páncreas:

La frecuencia con que aparece esta neoplasia es de dos a uno en los fumadores, no demostrándose, una asociación tan directa como en las neoplasias mencionadas anteriormente.

Enfermedades Cardiovasculares:

El tabaco incide de manera directa sobre el daño a los vasos, cuya manifestación es arteroesclerosis prematura caracterizada por eventos vasculares cerebrales, aneurismas aórticos, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica, lo que a su vez favorece la mortalidad.

En México, desde 1980 la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar como causa de muerte (19 mil 776 personas) entre las enfermedades cardiovasculares; éstas, en conjunto, fueron la segunda causa de mortalidad general. Siendo aproximadamente 30% por infarto del miocardio (corazón), 58% de ellas atribuibles al tabaquismo. El tabaco es el factor de riesgo mayor para el desarrollo de infarto al miocardio en el individuo joven. En un principio, dosis bajas de nicotina producen estimulación del sistema nervioso central (SNC) y cantidades altas, de depresión del centro respiratorio, además de taquicardia e hipertensión, trastornos de la coagulación, así como la liberación de hormona antidiurética y catecolaminas. En fecha reciente se demostró que esta sustancia ocasiona directamente trastornos de la función cardíaca.

Los efectos favorecedores de la aterosclerosis, secundarios a la nicotina, se deben fundamentalmente a cuatro factores:

1. Daño del endotelio (que forma parte de los vasos del organismo), lo que produce cambios que favorecen la acumula

ción de lípidos (grasas), que junto con las plaquetas, dañan directamente al vaso.

2. Aumento en la trombogénesis (formación de trombos). Este efecto, aunado al de daño endotelial, favorece el hacinamiento de plaquetas, leucocitos y macrófagos (que corresponden a las células de la sangre) lo que condiciona la liberación de sustancias y produce mayor daño a los vasos, lo que significa circulación lenta con disminución de la llegada de sangre al corazón.

3. Aumento de la actividad simpática (efecto de disminución en el tamaño del vaso) lo cual repercute en la rigidez de los vasos, disminución del riego al corazón y generación de trastornos del ritmo (arritmias).

4. Aumento de la frecuencia cardíaca, lo que conlleva una disminución de la llegada del oxígeno a nivel del corazón.

Además de la nicotina, en el tabaco existen otras sustancias favorecedoras de aterosclerosis, como es el caso del monóxido de carbono que además de ocasionar daños de los vasos e incremento en la formación de trombos, tiene acciones directas como aumento de la viscosidad sanguínea y un incremento en los leucocitos, que en menor proporción ayudan a la obstrucción de los vasos.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo aislado para la arteroesclerosis, que se suma al factor de hipertensión (presión arterial elevada) para causar problema coronario en los pacientes. Por sí mismo, el tabaco incide sobre otros factores, un ejemplo de esto es que el sujeto fumador tiene mayores niveles de colesterol que quienes no lo hacen. Cuando se asocia diabetes con tabaquismo, se acelera en un grado mayor el desarrollo de arteroesclerosis y se ha determinado que el sujeto fumador tiene mayor posibilidades de desarrollar hipertrofia ventricular izquierda (crecimiento del corazón). El riesgo coronario se incrementa en la mujer que fuma cuando recibe anticonceptivos orales, lo que ocasiona problemas de hipercoagulabilidad e incremento de los triglicéridos (grasas).

Enfermedad Cerebrovascular:

Los fumadores tienen un riesgo relativo de mortalidad por este tipo de padecimiento de 2.2 a 3.7 veces mayor, incrementándose esta probabilidad hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años.

La enfermedad vascular cerebral abarca insuficiencia vascular cerebral, oclusión de los vasos cerebrales por aterotrombosis o embolismo y hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosas.

Enfermedad oclusiva arterial periférica:

El tabaquismo constituye el factor de riesgo más importante que predispone a este trastorno, cuyas manifestaciones consisten en la presencia de dolor en las extremidades inferiores, con cambios de coloración en la piel. Ejemplos de la misma se encuentran en la enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea. Los aneurismas (ensanchamiento) de la aorta abdominal, son 4.6 veces más frecuentes en fumadores.

Gastrointestinal:

La úlcera péptica es el prototipo de este grupo de padecimientos, cuya frecuencia es de 2.5 veces mayor en los consumidores de tabaco, con relación directa sobre la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, los años de fumador y la profundidad de la inhalación. No está comprobada la relación de potenciación del daño del tabaco con la ingestión de café o alcohol.

Perinatal:

Los hijos de fumadoras tienen en promedio 200 gramos menos de peso al nacer, además, se ha manifestado un incremento en la frecuencia de partos prematuros y mortalidad perinatal atribuible al tabaquismo. Hay un aumento de 10 a 20% en el riesgo de aborto espontáneo y complicaciones, tales como, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

*Los factores que modifican la morbi-mortalidad
del daño producido por el Tabaco.*

- Edad de inicio del hábito de fumar.
- Forma de fumar.
- Tipo de cigarrillos fumados.
- Cantidad de cigarrillos fumados y tiempo de fumar.
- Susceptibilidad individual (IMSS, 1997).

Edad en que se inició el hábito.- Es muy importante, porque entre más temprano se inicié este hábito, mayores serán las probabilidades de que, en forma prematura, se presente algún síntoma relacionado con el fumar.

Forma de fumar.- Aquí intervienen factores de cómo fuma la persona, si acostumbra inhalar el humo del cigarrillo hasta dentro del pecho hay más probabilidades de daño, también, si fuma en forma rápida o si se termina el cigarrillo completamente, ya que en el último tercio del cigarrillo se concentran la mayor cantidad de compuestos nocivos producidos en la primera porción.

En relación al tipo de tabaco.- Influye la longitud del cigarrillo, la cantidad de nicotina y alquitrán, la presencia del filtro o no, e incluso, el tipo de papel que se utiliza para la elaboración del cigarrillo.

La cantidad de cigarrillos y antigüedad de su consumo.- Que incrementará en proporción directa los porcentajes de riesgo del decremento de la salud.

La susceptibilidad individual.- Que determina o favorece la aparición de diversas enfermedades por características particulares

Relación de esperanza de vida y fumar

La disminución en el número de años de vida en los fumadores de cigarrillos se debe, desde luego, al acortamiento de la esperanza de vida por los efectos nocivos del tabaco. La reducción del porcentaje de esa esperanza se hace mayor con el avance de la edad. Así, el fumador de 10 a 19 cigarrillos al día tiene una esperanza reducida en un 11%, cuando tiene 25 años, que alcanzaría a ser hasta de 21%, si llegara a los 65 años (IMSS, 1997).

Exposición pasiva al humo del tabaco

Se podría definir como fumador pasivo a aquel individuo que se expone a la inhalación, involuntaria, de los productos de la combustión del tabaco, debido a su permanencia en un ambiente "contaminado" por estos.

A) "De fuente principal", que es el humo exhalado por un fumador.

B) "De fuente colateral", que es el humo que se origina de la combustión final del cigarrillo (IMSS, 1997).

Diferentes informes (IMSS, 1997) reportan que la exposición pasiva al humo del tabaco produce elevación de los niveles de carboxihemoglobina circulante, así como de nicotina en saliva y orina, a niveles esperados para fumadores moderados (de 1 a 10 cigarrillos al día).

Asimismo, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1997) ha reportado una asociación significativa entre la prevalencia de enfermedades respiratorias, como bronquitis crónica e infecciones

respiratorias crónicas en niños menores de 2 años, así como aumento de la incidencia de asma bronquial en hijos de padres fumadores.

También se ha observado una mejoría de estas alteraciones cuando los padres dejan de fumar; similarmente, el tabaquismo de los padres se ha identificado como un factor de riesgo para la otitis media, persistente en niños pequeños. Se observó que el contenido de nicotina en la saliva, estudiado en niños de 11 a 16 años, es casi 8 veces mayor cuando ambos progenitores fuman.

¿Qué ocurre cuando se fuma?

La nicotina comienza a pasar directamente al torrente circulatorio a través de las finas paredes de los pulmones, y en sólo siete segundos, un "bolo" pasa a través del lado izquierdo del corazón y golpea el cerebro dos veces más rápido que la heroína.

La nicotina inhalada acelera el ritmo cardíaco de quince a veinte latidos por minuto; la presión sanguínea se eleva de 10 a 20 unidades.

En los pulmones, el humo reduce las vías aéreas y ataca los alvéolos dejando un residuo de sustancias químicas cancerígenas, algunas de las cuales son radioactivas, en un fumador de un paquete diario equivale a recibir varias radiografías de tórax al año, estos y otros peligrosos componentes son depositados en el estómago, riñones y vejiga, todo ello ocurre con cada cigarrillo que se fuma, ningún fumador es inmune, y cuando se exhala el humo permanece hasta un 90% del fuerte olor y sabor a tabaco. Sin embargo, el humo del tabaco no es una sustancia única; cerca de un

92% del humo inhalado es gas (compuesto por una docena de vapores nocivos), por ejemplo:

Monóxido de carbono: Es letal y forma hasta un 4% del humo del cigarrillo. Este gas ha sido identificado como contribuyente a la aparición de ataques cardíacos y muerte súbita coronaria en fumadores.

Este gas tiene 200 veces más afinidad por los glóbulos rojos de la sangre que el oxígeno (oxígeno que los glóbulos rojos deberían transportar a todo el cuerpo), por lo tanto el monóxido desplaza al oxígeno formando carboxihemoglobina.

Los cigarrillos no son la única fuente de monóxido de carbono, también es formado por la combustión de los automóviles y otros humos. Así, un no fumador posee normalmente de un 0.5 a un 2.0% de monóxido de carbono en sus glóbulos rojos, pero un fumador, dependiendo de la marca y el número de cigarrillos que fuma, tiene entre 4 y 15% de monóxido de carbono en sus células sanguíneas, esto significa que los glóbulos rojos del fumador transportan de 5 a 10 veces más cantidad del nocivo monóxido, que una persona que no fuma.

El monóxido no solo desplaza el oxígeno de los glóbulos rojos, sino que impide que los libere a los tejidos a la velocidad requerida. Un fumador joven de sólo 5 a 6 cigarrillos al día notaría que le falta aire al hacer un ejercicio relativamente moderado, esta es la razón por la que a un fumador que practique deporte le faltará aire mucho antes que a sus competidores no fumadores.

El alquitrán: Es un productor de cáncer mucho más poderoso, al entrar en contacto con tejido vivo produce células anormales.

En los fumadores de pipa y puro, que generalmente no inhalan el humo, los lugares más comunes de formación de cáncer causado por el tabaco son los labios, lengua, boca, faringe y esófago.

Los cigarrillos causan, también, otras enfermedades pulmonares que permiten fumar y alcanzar la muerte de una forma más lenta y menos dolorosa que con un cáncer de pulmón.

Muchos fumadores saben bien lo que son los accesos de tos matutina. Esto se produce porque durante la noche, los cilios anestesiados comienzan a despertarse y a mover el moco hacia arriba, esto provoca la tos para expulsar el moco. A medida que el fumar continúa, esta tos pasa a ser crónica, los síntomas de la bronquitis crónica son: Tos seca y expectoración, así, la hiperproducción de moco causada por esta enfermedad, proporciona un medio de cultivo ideal para bacterias y reduce la capacidad de los pulmones para luchar contra la infección. Esta es una de las razones por la que los fumadores enferman más frecuentemente con resfriados y otras enfermedades respiratorias, como la bronquitis crónica, junto con el enfisema, el cual es una enfermedad que destruye los sacos alveolares del pulmón((ver: Tabaco, 1997)).

CAPÍTULO III

IMPLICACIONES DEL FUMAR

Implicaciones del hábito de fumar sobre la mecánica respiratoria

Generalmente denominamos como respiración al conjunto de funciones fisiológicas que se describen a continuación:

- Tomar oxígeno a través de los pulmones desde el aire que nos rodea y llevarlo a la sangre.
- A partir de ésta, transportarlo a todo el organismo.
- Recoger y transportar los gases de desecho, a través de los pulmones hacia el aire exterior.

De todo esto podemos deducir que existe un proceso que requiere un adecuado control y funcionamiento del aparato respiratorio. En los animales inferiores éste se lleva a cabo por difusión, es decir, por simple paso del aire al interior, en cambio, en el ser humano si los pulmones no se llenaran continuamente de aire fresco y limpio cesaría con toda rapidez el intercambio de gases y se presentaría la muerte por asfixia, por lo tanto, una entrada y salida de aire suficiente implica fuerzas mecánicas que proporcionan los músculos respiratorios, estos a la entrada y salida del aire producen dilatación o contracción de la caja torácica, es decir, del pecho (ver: Clifford y Gray, 1966).

Existen diversos factores que influyen de una manera muy importante en la profundidad de la respiración, estos actúan directamente sobre la cantidad de oxígeno en sangre y están

coordinados por el centro respiratorio. Este es un pequeño grupo de células situadas en la base del cerebro, que actúa como un transistor, controlando y activando los nervios que llegan a los músculos respiratorios, por ello, siempre que no se puede inspirar y espirar la cantidad adecuada de aire se altera el equilibrio entre los gases en los pulmones y en la sangre: Esta alteración se refleja en la actividad del centro respiratorio, y en consecuencia, en el tipo de respiración.

Es muy importante destacar que el principal músculo de dicha función es el diafragma, junto con otros músculos que participan en el proceso respiratorio. Consideramos de interés hacer alguna descripción acerca de éste músculo llamado diafragma. Es una lámina de forma cupular, que desde las últimas costillas, tapiza la cavidad torácica y sirve de techo al contenido abdominal.

Cuando se contrae, todo el contenido del abdomen se desplaza hacia abajo y adelante, haciendo que aumente el diámetro vertical de la jaula torácica, esto es, del pecho al ombligo. Similarmente, los bordes de las últimas costillas se levantan y se desplazan hacia afuera, haciendo que también aumente el diámetro transversal del tórax, esta maniobra significa que se ensancha la parte baja del pecho.

En una respiración tranquila, en reposo, el nivel del diafragma incursiona muy poco, digamos alrededor de un centímetro, pero durante un esfuerzo mayor su incursión aumenta hasta 10 cm.

Si se respira en forma activa entran a participar otros músculos que se unen a las costillas adyacentes y corren hacia

abajo y adelante, cuando se contraen, traccionan a las costillas hacia arriba y adelante, aumentando y ensanchando el tórax.

El otro aspecto de la respiración es la expulsión o salida del aire, es decir, la espiración. Mientras se está en reposo ésta se lleva a cabo de manera pasiva, dado que el pulmón y la pared torácica son elásticos y tienden a recuperar su posición de equilibrio después de cumplirse su expansión activa durante la inspiración.

La respiración se torna sumamente activa durante el ejercicio, y en esta fase los músculos que se destacan son los abdominales, cuando se contraen hacen que aumente la presión intra-abdominal y el diafragma es empujado hacia arriba, además, estos músculos se contraen con mucha energía durante la tos, el vómito y la defecación.

En menor medida interfieren otros músculos que contribuyen a la espiración activa, traccionando a las costillas hacia abajo y adentro, reduciendo así el volumen torácico, además, endurecen a los espacios intercostales, impidiendo que se abulten hacia afuera al realizar la espiración forzada (ver: Clifford y Gray, 1966).

Hasta aquí hemos conceptualizado los mecanismos normales del proceso respiratorio; ahora revisemos someramente la patología que nos interesa, es decir, las alteraciones que causan las enfermedades respiratorias producidas por el hábito tabáquico.

En la bronquitis crónica, como en la destrucción del tejido de los pulmones llamado enfisema, existe aplanamiento del diafragma e incremento del eje antero-posterior del tórax, es decir, se deforma

el pecho, lo que reduce la utilidad de los músculos en el momento de la inspiración, y en algunos casos, los músculos abdominales se contraen durante la inspiración y trabajan contra el esfuerzo inspiratorio de los músculos intercostales, los del cuello y los de los hombros.

El oxígeno disminuye en sangre y en todo el cuerpo por el siguiente mecanismo: Normalmente cuando llega a la sangre es recibido y transportado, esto significa que tiene un vehículo natural para transportarlo que es la hemoglobulina. Esta sustancia, ante la presencia del humo del cigarrillo reacciona como un imán y se asocia al humo desplazando al oxígeno, así, cuando el aire llega a la sangre ya no encuentra lugar en el vehículo y se altera el equilibrio de los gases; dicho de otra manera, se incursiona en el terreno de la insuficiencia respiratoria.

Por todo lo anterior es de interés fomentar la práctica de los ejercicios respiratorios, de tal forma, que de la misma manera que comemos y dormimos todos los días, debemos hacer ejercicios respiratorios.

Este principio se basa en el hecho de que el ejercicio no es acumulativo. En términos reales, para mantener lo ganado se debe practicar en forma sistemática y constante, tan es así, que el mejor atleta si dejara de practicar su rutina, en poco tiempo su condición física disminuirá notablemente.

Razones psicológicas del fumar

¿Porqué fuma la gente?

Las razones para fumar el primer cigarrillo suelen diferir mucho de las que llevan al mantenimiento del hábito. Generalmente se empieza a fumar en la adolescencia, entre los 12 y los 20 años de edad y generalmente se hace simplemente por curiosidad; por la presión de los amigos. El deseo de adaptación al grupo de iguales es tan intenso que difícilmente se puede escapar, ya que el adolescente quiere ser igual a los demás componentes de su grupo y ser reconocido por ellos es muy importante para él.

Las primeras teorías respecto al componente psicológico del hábito lo relacionaban con problemas sexuales. Estas teorías que provenían del psicoanálisis están desfasadas. Más bien se cree que el componente psicológico viene dado por el proceso, según el cual, el apoyo social refuerza el hábito (Pardell, et al., 1996, p.157)

Estudios como los de Silben, Mulst y colaboradores (1995), reportan que al parecer hay una muy alta correlación entre el fumar y los hábitos de fumar del grupo de iguales. De la misma manera, el fumar de los padres se correlaciona con el de los hijos de manera positiva, y estadísticamente significativa, de ahí que cabe considerar que el hábito de fumar surge como una conducta imitativa, en la edad adolescente, que se caracteriza por su tendencia a la búsqueda de estímulos y una gran curiosidad basada en necesidades de excitación de base fisiológica, lo que constituye un motivo precursor de determinados procesos sociales de aprendizaje imitativo. También ejercen su influencia, en la iniciación del

hábito, los modelos prestigiosos y triunfadores desde la plataforma de los medios de comunicación.

En la iniciación del hábito influye también el afán de contactos que tiene un individuo adolescente, en su interés por lograr una identidad y fortalecer su "Yo", que en esta etapa se ve afectada por los cambios psicosociales que conllevan sus cambios físicos propios de la adolescencia.

La problemática relativa a la identidad disminuye en algunos casos la tolerancia a la frustración, e induce a transgredir algunas normas de los padres. El adolescente busca la fuerza, la actividad e incluso la virilidad del "ser adulto", por lo que el fumar se asocia con estas características y el tabaco queda asociado con el rito de iniciación hacia el amplio mundo del adulto. Aun cuando todo fumador cuenta que la primera experiencia con el tabaco fue una experiencia poco divertida, e incluso desagradable, el superar el rito de iniciación es sinónimo de haber dejado la infancia e índice de atracción sexual.

Debido al rápido aumento del consumo de tabaco en los adolescentes, investigaciones como las de Ábrego y Arias (1990) se han centrado en averiguar por qué se crea el hábito y son las que han arrojado alguna luz sobre este tema y a continuación se dan algunas de sus conclusiones.

-Muchos fumadores experimentan una especie de explosión física y emocional al fumar, especialmente cuando están aburridos.

-Muchos fumadores parecen obtener buena parte de su placer a través del ritual de su hábito; el proceso de extraer el cigarrillo

de su cajetilla, sujetarlo, encenderlo, y aspirar la primera bocanada profunda resulta muy satisfactorio; cada fumador parece poseer un ritual que repite una y otra vez.

-El fumar se ha considerado como una llave para romper el hielo del primer contacto entre las personas.

-Muchos fumadores relatan que fuman para aliviar su nerviosismo, timidez o inseguridad.

-Para encontrar relajamiento y reducción de tensión.

-Fumar por rutina e inercia.

-Algunos fuman por una necesidad interna, porque el tabaco les supone un apoyo, un refuerzo de su personalidad, también lo perciben como una palanca social para integrarse al medio que les rodea.

Algunos otros estudios como los de Fernández y Gerdingh (1996), han encontrado una alta correlación entre el fumar y la extroversión, pareciendo ser que el tabaco proporciona estímulos y éxito social.

Es interesante advertir que el tabaco puede tener un efecto calmante o estimulante, la nicotina, componente del cigarro, en dosis bajas estimula y en dosis altas provoca depresión.

Las asociaciones que hace el individuo entre relajamiento y tabaco perduran para el mantenimiento del hábito.

¿Porqué además del hábito o para evitar síntomas de depresión fuma la gente?.

¿Qué características del cigarrillo han hecho del fumar un hábito universal perdurable?: Comprender la motivación para fumar

puede sugerir maneras de mejorar los tratamientos para dejar de fumar.

Al inicio se experimenta tos, vértigo y náuseas, hasta que se desarrolla la tolerancia, poco después de la fase de iniciación, la evidencia indirecta indica que la acción farmacológica de los cigarrillos, con la nicotina como elemento activo, se transforma en reforzante.

Normalmente se considera que el fumar es un estimulante del sistema nervioso periférico, sin embargo, respecto a alguna de sus acciones, por ejemplo sobre las ondas cerebrales, se reclama paradójicamente que la nicotina (o alguna parte integral del hábito de fumar) también ejerce un efecto relajante sobre el sistema nervioso central.

Se sugiere que la razón de los paradójicos argumentos, respecto a las necesidades satisfechas por el cigarrillo, reside en que el fumar sirve tanto para aumentar como para disminuir la excitación, según el nivel de excitación común del fumador y la dosis precisa de nicotina que ingiera, sobre la cual tiene el control en la "punta de los dedos". El fumador habitual utiliza la nicotina de una manera muy sensible, para que lo lleve al nivel de excitación preciso que necesita en un momento dado (ver: Garma y Kalina, 1971).

Todas las razones, anteriormente señaladas, indican que los cigarrillos sirven para cambiar el ánimo de los fumadores (tanto relajando como estimulando).

El fumar es necesidad física y dependencia psicológica, así, los grandes fumadores regulan su ritmo de consumo de tabaco de forma que la nicotina se mantenga siempre en su cuerpo a un nivel constante.

Pero, aunque en apariencia, todo el entorno del proceso de estructuración y desarrollo del hábito sugiere una serie de satisfactores para el fumador, éste se enfrenta cotidianamente a una serie de problemas que se escapan de los límites de su control y lo enfrentan con una permanente inquietud por liberarse de lo que en principio parecía solo placer y paulatinamente se va convirtiendo en prisión.

Entre los problemas mas comunes derivados del uso del tabaco, dentro de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA-CONADIC, 1995A, pp. 9-10), se destacan los siguientes:

Despertar en la noche para fumar.....	7.4%
Sentirse nervioso por no fumar.....	21.3%
Intentar no fumar sin conseguirlo.....	39.6%
Problemas médicos por fumar.....	23.0%
Problemas con la pareja.....	25.6%
Problemas con la familia.....	34.8%
Problemas en el trabajo.....	8.7%

Respecto a la psicopatología implicada como una de las circunstancias mas importantes, la cual se cataloga como una adicción menor, comprende, fundamentalmente: La personalidad del fumador, la motivación para fumar y el reforzamiento social del problema.

Según la misma encuesta, las principales actividades en las que se incrementa más el consumo de los fumadores son:

Asistir a reuniones.....	35.9%
Terminar de comer.....	15.3%
Trabajar.....	14.8%
Al consumir bebidas alcohólicas.....	10.3%
Durante actividades recreativas.....	10.0%

Consecuencias fisiológicas primarias

Ya se han mencionado los efectos de la nicotina sobre el sistema cardiovascular: Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, vasoconstricción periférica, movilización de glucosa en la sangre, aumento del consumo basal de oxígeno.

La nicotina es un alcaloide líquido altamente tóxico, incoloro y volátil. El efecto que tiene la nicotina sobre el sistema nervioso autónomo al administrarla directamente al ganglio simpático, en principio, es de estimulación, pero más tarde se bloquea la transmisión de los impulsos a través de él. A los dos minutos se puede comprobar la presencia de efectos cardíacos.

La nicotina produce numerosos efectos farmacológicos en el organismo, muchos de los cuales se contraponen entre sí. También estimula y puede bloquear los nervios efectores del músculo liso y muchos sitios del sistema nervioso central.

Por lo que respecta a las razones para el mantenimiento del hábito, se considera que las motivaciones son intrínsecas en el sentido de una necesidad de nicotina, considerando a ésta como un elemento reforzador positivo.

El fumar es una reacción que satisface una necesidad y que reduce tensiones creadas por la misma. Partimos del hecho de que fumar con regularidad produce necesidad fisiológica, que da lugar a tensiones, las cuales son reducidas por el mismo hábito.

El objetivo o finalidad parcial del fumar es el aporte de nicotina. La nicotina produce, en dosis bajas, efectos que son comunicados como agradables por el organismo, debido a la liberación de noradrenalina, producida en el cerebro por ella y este proceso es responsable del aumento de impulsos y elevación del estado de ánimo. La persona que deja de fumar suele padecer síntomas de ansiedad, inquietud e insomnio por su carencia.

El hábito o dependencia se ha definido como: Un estado en el que una persona continúa haciendo algo, no porque ello le satisfaga, sino porque no hacerlo le resultaría claramente insatisfactorio (ver: Leyva, 1993).

En consecuencia, el hábito de fumar no necesita ser realmente grato para que la gente siga fumando, basta con que los habituados se sientan a disgusto cuando no fuman para que ésta sensación los impulse a fumar a fin de suprimirla.

Modelos psicológicos de la adquisición y mantenimiento del hábito tabáquico

Es frecuente que cuando se habla del hábito de fumar y de los problemas que causa a nivel salud, no se mencione el aspecto psicológico como factor importante.

Para entender el porqué una persona se inicia en el hábito y que a pesar de saber el gran número de enfermedades que provoca el tabaquismo las personas se mantienen fumando, y el porqué, una parte importante de fumadores no pueden dejar el hábito, aunque así lo deseen, parece indispensable un análisis correlacional con aspectos de tipo psicológico.

El hábito de fumar generalmente se inicia en la adolescencia, siendo un período en el que el joven está en proceso de reducir su dependencia familiar, transfiriéndola a otros de su misma edad.

En este período intervienen muchos factores que inducen a fumar. El adolescente, por curiosidad, trata de investigar qué es lo que sienten sus padres, hermanos mayores o maestros cuando fuman, quieren experimentar a qué sabe el cigarro o qué sensación produce. Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que la mayoría de los miembros fuma, existe mayor probabilidad de que comience a fumar y así sentirse parte del grupo, ser aceptado y reconocido por éste o para pertenecer al mundo de los adultos.

Existen diferentes modelos, descritos por Roales y Calero (1994), que dentro del ámbito de la psicología intentan, cada uno por su parte, determinar los factores y procesos por los cuales se lleva a cabo la *adquisición o mantenimiento* del hábito tabáquico, modelos que someramente trataremos de describir para tener un panorama general de los aspectos psicológicos sobresalientes:

a) *Modelo Farmacológico:*

El modelo de efecto fijo de la nicotina propone que el comportamiento de fumar se mantiene porque la nicotina

estimula centros neuronales específicos, introductores de reforzamiento (Hall, Rappaport, Essman, Armitage, et al.).

b) *Modelo de regulación múltiple:*

El fumador fuma para regular sus estados emocionales, y simultáneamente, los niveles de nicotina están siendo regulados, debido a que ciertos estados emocionales han llegado a condicionarse a ellos en una variedad de contextos. El modelo sugiere la existencia de una "Memoria Emocional", que explica la integración y mantenimiento de la combinación de ciertas estimulaciones externas, las señales internas derivadas de la caída del nivel de nicotina y las reacciones emocionales. (Leventhal y Cleary, 1980).

c) *Teoría del proceso oponente:*

El modelo parte de la base de que cualquier desequilibrio afectivo significativo, (sea positivo o negativo), provoca la puesta en marcha de mecanismos centrales, que operarían intentando restablecer el equilibrio perdido. El modelo presupone que el cigarrillo contiene sustancias que proporcionan placer la primera ocasión que se utilizan; el consumo inicial puede tener, también, efectos displacenteros pero que pueden ser compensados por el efecto placentero anterior y/o otros reforzadores adicionales. (Ternes y Solomón, 1977, Pomerleau, 1980).

d) *Modelo ecológico del tabaquismo:*

El comportamiento se configura mediante un estímulo o input (el ambiente), un mediador o sistemas de mediadores y un resultado o output (la conducta).

Según este modelo el fumar puede cumplir tres funciones:

-Las propiedades estimulantes del cigarrillo.

-Aspectos sociales del fumar.

-Fumar es una forma expresiva de conducta, que forma parte del concepto de sí mismo (Mausner y Platt, 1971, Mausner, 1973).

e) *Modelo afectivo de adquisición del tabaquismo:*

El fumar se emplea como forma de regular los estados emocionales internos, produciendo reacciones emocionales positivas y reduciendo las reacciones emocionales negativas provocadas por diversas situaciones y divide a los fumadores:

-Fumadores por afecto positivo.

-Fumadores por afecto negativo.

-Fumadores adictos.

-Fumadores habituales.

La hipótesis general del modelo propone que fumar, está relacionado con la experiencia afectiva (Tomkins, 1966).

f) *Modelo conductual de la adquisición del tabaquismo:*

El reforzamiento social es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar.

Según este modelo, a diferencia de otras sustancias adictivas de consumo socializado, fumar no perjudica o dificulta el nivel de ejecución, antes al contrario, puede incrementar y favorecer la capacidad de actuación en el trabajo, el estudio o la relación social al reducir la ansiedad (Pomerleau, 1980).

Existen múltiples factores que pueden explicar el porqué las personas se mantienen y continúan fumando, por ejemplo, en las clasificaciones que hacen Ramírez (1993) y Rusell (1974):

1. Tabaquismo psicosocial
2. Tabaquismo sensoriomotor
3. Tabaquismo por indulgencia
4. Tabaquismo sedante
5. Tabaquismo estimulante
6. Tabaquismo por manipulación
7. Tabaquismo adictivo
8. Tabaquismo automático

Aparentemente, el ser humano cuenta con mecanismos psicológicos, finos y efectivos, que le permiten evitar pensar que la conducta de fumar es una conducta autoagresiva, impidiendo que el sujeto abandone el hábito de fumar aunque esté consciente del daño que el cigarro produce a la salud.

En la actualidad, existen programas especializados que ayudan a personas que han intentado infructuosamente dejar de fumar por sí solas, por medio de terapias de grupo, en donde participan personas fumadoras que a través de experiencias mutuas solucionan los problemas del hábito tabáquico, ejemplo: Clínicas de tabaquismo del INER, Hospital General (México), etc. aunque no cualquier persona puede participar en uno de estos grupos, ya que existen algunos criterios de exclusión a considerar:

1. Insuficiente contacto con la realidad.

- Se excluyen con fin de protegerlos a ellos mismos antes que al grupo de una ansiedad excesiva.

2. Síntomas de desviaciones sociales (antecedentes criminales).

3. Carácter dominante.

- Por ser personas de difícil adaptación y que tratarán de influir en el grupo con sus ideas, provocando rechazo del grupo y un estado competitivo.

4. Defensa psicopática e impulsividad.

- Caracterizado por irresponsable historia vital, superficialidad en sus afectos, provocando hostilidad en el grupo.

5. Antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

Condicionamientos internos y factores externos

Si en la tendencia a la búsqueda intensiva de estímulos nos hayamos ante un primer factor interno, dentro de las predisposiciones a fumar cigarrillos, el comportamiento de curiosidad es más intenso y ésta curiosidad es un importante móvil para iniciar el hábito. La curiosidad basada en necesidades de excitación de base fisiológica, constituye un motivo precursor de determinados procesos sociales imitativos.

Existe una fase inicial del fumador en la que los niños --casi siempre en busca de amigos-- imitan por curiosidad y por afán de experiencias a los adultos.

El hábito de fumar del grupo de referencia constituye una fuente más de aprendizaje imitativo, se quiere ser igual que los demás componentes de su grupo y ser reconocido por ellos, ya que el grupo de iguales es para él muy importante.

En la iniciación, el primer cigarrillo no resulta grato, sin embargo, se sigue fumando más bien por imitación de un modelo y por la prohibición.

Dentro de los factores internos, el individuo extrovertido tiende a la búsqueda de estímulos, a la activación y por estas razones busca contactos y el efecto fisiológico de la nicotina inhalada en el organismo aumenta la excitación, por lo que el cigarrillo se convierte en un medio de activación de las personas inclinadas a la conducta de fumar.

Ya hemos mencionado la tendencia a la imitación, que es manipulada hábilmente por los medios publicitarios mediante la

formación de ídolos y personajes fantásticos, que imponen pautas ideales a seguir con un objetivo comercial.

Parece también indudable que el fumar va asociado, para los adolescentes, con el "ser adulto", la fuerza, la actividad e incluso la virilidad y que puede darse aquí, un estímulo diferencial para comenzar a fumar, de modo que el fumar puede convertirse en componente de un reto de iniciación y que es preciso superar, por mal que le sepa a uno el tabaco, ya que ello es necesario para hacerse hombre. El fumar, además, constituye un atributo fácil de imitar del hombre adulto y más fácil de alcanzar que la estatura corporal, la influencia social, la seguridad económica o la licencia de conducir.

Precisamente, el éxito, la actividad, la apertura al mundo, son estereotipos del fumador de cigarrillos y estos rasgos característicos del (ídolo) no son solo efecto de la publicidad, por ello la propaganda destaca una vigorosa masculinidad, o bien el libertinaje del amplio mundo, o el brillo de las salas de fiesta, o una despreocupación activa, alegre, vital, que en el hombre representa determinados estereotipos de (virilidad) y en la mujer símbolo de (emancipación).

La nicotina ejerce una acción activadora y es la vía más eficaz para ponerla en marcha, la cual a través de zonas respiratorias conduce a concentraciones de dicho alcaloide en el cerebro y da lugar a estos cambios bioquímicos. La nicotina, a pequeñas dosis, ejerce acción estimulante sobre el sistema nervioso central.

A grandes dosis lo deprime.

Sin embargo, el efecto simpático mimético de la droga no basta como explicación del ansia de tabaco. Por otro lado, se trata de explicar que aún cuando el sujeto conoce los efectos nocivos del tabaco, parece ser que la gratificación, a corto plazo, supone una motivación mas fuerte que la perspectiva de perjuicio a largo plazo.

Se dice que la conducta de fumar se mantiene porque se refuerza internamente, esto es, que el fumador confiesa que no siempre extrae satisfacciones del cigarro, muy al contrario, en ocasiones puede manifestarse depresión o ansiedad, pero en algunas ocasiones alcanza la sensación de armonía con el mundo y el cigarro fumado lo transforma en la persona que quería ser. Por ello, la recompensa intermitente mantiene el hábito del fumador con la esperanza de llegar a sentirse bien, creándose condicionamiento asociativo.

El modelo psicodinámico parece remontarse a la relación entre la experiencia asfixiante y traumática del nacimiento, con la incapacidad del individuo para concluir, plenamente, la arcaica etapa oral de desarrollo, perpetuando un vano intento de satisfacer el deseo oral y de protección que representa dicha etapa.

En el caso del tabaquismo el objeto es el cigarrillo, así, la angustia se repetirá resignificándose de diversas maneras, como defensa contra la ansiedad (en especial de tipo depresivo). Esta necesidad de un objeto o pauta de conducta específicos, que se inició a edad muy temprana, puede reaparecer más adelante cuando se presente la amenaza de una privación.

De tal forma, el desarrollo del hábito tabáquico se va estructurando en el individuo como una forma de control de diversos afectos depresivos inconscientes, o no, que representan una constante amenaza, ante la cual, se opta por un objeto inadecuado que termina por crear una dependencia fisiológica, además de psicológica, entrapando al sujeto en un círculo de autodestrucción y de pseudo satisfacción que lo llevará probablemente a la muerte.

¿Qué ocurre al dejar de fumar?

Algunos fumadores, al dejar el cigarro, presentan una serie de efectos que conocemos como síntomas de supresión o de abstinencia, que son producidos por la carencia de nicotina, sobre todo en aquellas personas que han tenido un alto grado de adicción al cigarro, o bien, que fumaron cigarros con mayor contenido de nicotina. Dichos síntomas pueden ser tanto fisiológicos como psicológicos y al respecto Ábrego y Arias (1990), concluyen que las modificaciones fundamentales pueden darse en:

-Probable aumento de peso.

Existen tres explicaciones teóricas de porqué se puede ganar peso al dejar de fumar.

1.- Los ex-fumadores aumentan la ingestión de alimentos, como reemplazo a la gratificación oral que les produce el tabaco.

2.-Modificaciones o alteraciones en el metabolismo.

3.-Ingesta de alimentos con más calorías.

Dichas explicaciones son las que influyen directamente y hacen dudar en torno a la decisión de dejar de fumar.

Para contrarrestar las explicaciones anteriores se hace necesario el seguir recomendaciones médicas en cuanto a los hábitos alimenticios.

-*Frecuencia cardíaca.* Se conoce de antemano que la frecuencia cardíaca aumenta en todo aquel que fuma un cigarrillo, de 3 a 33 latidos, pero en comparación con exfumadores importantes el aumento es menor.

-*Tolerancia.* Se demuestra la tolerancia a largo plazo de la nicotina, en comparación con otro tipo de drogas (morfina).

-*Alteraciones del sueño.* Los exfumadores presentan dos tipos de alteraciones en el sueño:

1.- Las "ondas cerebrales lentas" de la vigilia aumentan indicando somnolencia.

2.- Durante la noche, esta gente sufre de insomnio.

Con esto nos damos cuenta de que el cigarrillo puede ser estimulante o tranquilizante.

-*Trastornos digestivos.* En muchos casos el cigarrillo puede ser utilizado como regulador del intestino, ya que dosis repetidas de nicotina lentifican la digestión, siendo ésta una de las causas por las que disminuye el apetito. También estimula el flujo de saliva, factor importante en el apetito y la digestión.

-*Apetencia.* El síntoma más frecuente y severo de abstinencia por cigarros es el ansia por uno de estos, el deseo ardiente por éste y causa del fracaso de los tratamientos de deshabituación.

*Relación entre dejar de fumar
y aumento de peso*

Se considera que los fumadores, como grupo, más que el sexo, status socioeconómico o cultura, pesan generalmente menos que las personas que nunca han fumado y tienden a aumentar de peso al dejar de fumar, hasta llegar al peso que tiene normalmente un no-fumador.

Muchos fumadores dicen que ésta es una razón por la que se les hace poco atractivo dejar de fumar o por la que nunca lo han intentado.

Los datos estadísticos de la clínica del INER (1997), reflejan que los exfumadores de menos de 10 cigarrillos al día, no tienen un aumento de peso significativo. Las que fumaban de 10 a 19 cigarros al día aumentaron 1.5 kg. a las tres semanas de dejarlo y 3 kg. a los seis meses y al año. Las personas que fumaban de 20 a 29 cigarros al día aumentaron 1.5 kg a las tres semanas de dejarlo, 4 kg. a los seis meses y 4.5 kg al año. Las personas que fumaban 30 o más cigarros al día aumentaron 2 kg. a las tres semanas de dejarlo y 5 kg. a los seis meses y al año. La mayor parte del peso ganado ocurre durante los primeros seis meses del abandono del hábito.

Como se puede observar, en los datos descritos, a mayor número de cigarros fumados antes de la suspensión, hay mayor aumento de peso, lo cual sugiere que alguna propiedad farmacológica del cigarrillo suprime el aumento.

Al parecer la nicotina de los cigarrillos es un factor importante del cambio de peso. Podemos concluir que la administra-

ción crónica de nicotina hace que el peso baje y que la terminación de ésta hace que aumente.

La nicotina produce alteraciones del metabolismo que ocasionan que el apetito disminuya (estimula al sistema nervioso autónomo), lo que produce una mayor secreción de catecolaminas, que hace que se inhiba la secreción de insulina, aumente la glucosa y disminuya el apetito. El almacén de calorías es menor al administrar nicotina.

Se ha pensado que los fumadores consumen más calorías al dejar de fumar y que por eso hay un aumento de peso, pero Wack y Rodin (1982), lo desmienten al reportar que los fumadores pesan aproximadamente 3 kg. menos que los no fumadores, y sin embargo, consumen en promedio 350 calorías más que los no fumadores. Después de unos pocos meses de dejar de fumar, estos ex-fumadores aumentaron de peso en un promedio de 4 kg., aproximadamente, a pesar de haber reportado un decremento en el consumo de calorías, de ahí que concluyen que es resultado de los efectos de fumar:

1) El almacén de calorías es menos eficiente, el tratamiento con nicotina da como resultado una mayor absorción de glucosa por el intestino, y por lo tanto, el almacén de calorías es menor.

2) Se altera el proceso del metabolismo, de tal manera que se facilita el gasto de calorías.

La activación de cada uno de estos mecanismos puede contribuir al bajo peso de los fumadores, en comparación con los no fumadores, aun si la ingesta de calorías fuera igual o mayor en los fumadores.

Otro factor que influye en determinar el peso ganado al dejar de fumar, es la historia de problemas de peso que han tenido las personas antes de suspender el cigarrillo. Una historia de restricción de comida puede predecir el aumento de peso cuando se suspende el cigarro.

Otro enfoque propone que la gratificación oral es la causante de fumar, y por ende, que las personas con tendencias orales, es decir, con tendencias a gratificar sus emociones a través de la boca, comen más cuando dejan de fumar para sustituir así la ausencia del cigarrillo. Cuando se deja de fumar hay cambios físicos y químicos en los sentidos del gusto y olfato, estos mejoran y aumenta el apetito. Después de dejar de fumar se alteran los factores que afectan la terminación de la comida.

Es común que los fumadores inmediatamente después de comer enciendan su cigarrillo. Después de que se deja de fumar, el individuo pierde esta señal de terminación de la comida y se inclina por tomar más alimentos de ayuda secundaria (dulces, chicles, etc.), o postres de muchas calorías, que frecuentemente se consumen al final de una comida. Los cambios pueden ocurrir en la frecuencia de comidas o en el tipo de comida.

Es importante hacer notar que no todas las personas que dejan de fumar aumentan de peso, hay algunas que se mantienen o que incluso bajan de peso (probablemente por el estrés que les causa el dejar de fumar). También se habla de que el peso ganado después del último intento de dejar de fumar, no predice el aumento de peso durante el presente intento (ver: Barrios 1989).

El mecanismo o los mecanismos por los cuales se aumenta de peso al dejar de fumar son múltiples y complejos. Es importante analizarlos y ver como afectan en cada caso en particular para tomar las recomendaciones necesarias, dado que el intento de abandonar el hábito implica un desgaste de energía extra, así como la modificación de conductas colaterales, proceso que debe ser acompañado por una dieta de control nutricional.

CAPÍTULO IV

EL ESTRÉS

Definición

La palabra estrés es empleada en la física y en la mecánica y significa presión ejercida sobre y entre distintas partes de un cuerpo. Cuando como consecuencia de los problemas cotidianos se percibe alguna deformación se le nombra estrés y tensión, provocados por la vida diaria, con lo que tratamos de decir que algo se altera en nuestra forma cómoda de vivir.

En la actualidad y ante las presiones que la modernidad genera y para referirse al estado de tensión provocado por ésta, se ha acuñado el término estrés, el cual deriva del trastorno definido de la personalidad después de que el individuo se enfrenta a una gran amenaza para su vida.

Esta afección descrita primero en la literatura alemana con el nombre de Neurosis de Espanto (Schreck) y posteriormente en la inglesa como Neurosis Traumática, puede presentarse como trastorno aislado o como complicación de trastornos preexistentes de la personalidad (Kolb, 1983, p. 527).

Regularmente estrés se asocia con angustia, o sea, cualquier clase de carga emocional, presión o pena. El estrés de la vida moderna generalmente significa la o las circunstancias que nos preocupan, que nos hacen ponernos tensos o que nos frustran.

Biológicamente estrés significa la reacción del organismo ante cualquier circunstancia que constituya una amenaza, ya sea real o imaginaria, por ejemplo, una amenaza real sería cuando nos vemos a

punto de chocar y una imaginaria sería cuando buscamos empleo o presentamos un examen. En cualquiera de estas situaciones no sabemos que va a suceder, pero nuestro cuerpo está reaccionando, de manera particular y especial, ante la percepción de ser afectado advérsamente.

Se puede definir el estrés, en general, como la proporción de desgaste y deterioro del organismo generado por la tensión y existe una respuesta generalizada de adaptación al estrés, independientemente de que el agente enfrentado sea agradable o desagradable. El calor, el frío, la ira, los fármacos, la excitación, el dolor, las hormonas, la tristeza e incluso la alegría; todos estos factores excitan de la misma manera los mecanismos de estrés del organismo.

La forma en que podemos identificar al estrés, es por medio de una agitación sin la existencia previa de esfuerzo físico y tal excitación, conduce al organismo a adaptarse a cualquier cosa que parezca una amenaza a la supervivencia. Se dice que pareciera que nuestro cuerpo no es sabio, y puede producir reacciones de estrés en una situación que no constituya una verdadera amenaza de muerte.

Originalmente las situaciones de estrés donde hay amenazas a la vida o que inducen fantasías de aniquilación, no por fuerza conducen a síndromes neuróticos de estrés, que desorganizan el Yo. Bajo ciertas condiciones, las situaciones que provocan estrés, hacen que crezca la personalidad y se aumente el potencial Yoico para el control emocional.

Anteriormente mencionamos amenaza a la supervivencia; bien, el ser viviente tan pronto reconoce un peligro, tensa los músculos

inmediatamente para entrar en acción, listos para luchar o huir, por ejemplo, el participante en una carrera en espera de la señal de arranque. Este es un acto reflejo en el que no participa nuestro cerebro conscientemente, ya que se trata de una reacción instantánea.

Hoy en día podemos hacer un análisis más específico del evento de respuesta psicofísico a una situación de tensión, que sería el concepto moderno de estrés, y la importancia que reviste como factor predisponente y precipitante de los trastornos psicológicos propiamente dichos. Estos trastornos psicológicos emergen por la interacción de una personalidad predispuesta en su composición estructural básica, su evolución dinámica y las causas de estrés que se le imponen.

Cada personalidad individual lleva, en sí misma, diversas resistencias y predisposiciones, con las que reacciona ante las causas cotidianas de estrés. Este estrés puede ocurrir como resultado de fuerzas físicas reales o situaciones imaginarias, que chocan contra la persona y a veces alcanzan un grado abrumador.

En la mayoría de los casos, las causas principales de estrés durante la vida, ocurren en el marco de la red social de una persona y despiertan en ella respuestas afectivas y emocionales.

De las primeras relaciones interpersonales repetitivas y de la tensión que causan dentro de la familia, surgen algunos de los más precoces y dinámicos mecanismos de estrés.

Estas relaciones son la principal fuente de afectos y el despertar de estos es tan incontrolable, que el individuo no puede reprimirlos ni aceptarlos, sin angustia o sin trastorno emocional.

Éstos, posteriormente, sólo podrán manejarse mediante recursos psicopatológicos, tan inquietantes para la felicidad y la eficiencia del individuo, o tan destructoras para su adaptación social, que pueden llevarlo a un importante trastorno psicológico (ver: Matus, 1996).

Así, el factor más común que inicia de manera súbita o agudiza un trastorno, es una falla en el funcionamiento del Yo, o en la capacidad de adaptarse al estrés provocado por las situaciones cotidianas.

En base a las consideraciones de Kolb (1983), podemos resumir algunos aspectos importantes respecto al estrés como:

En el cerebro existe un centro o zona la cual recibe el mensaje de peligro (esta zona o parte del cerebro se llama hipotálamo) y se inician inmediatamente una serie de cambios espectaculares en el organismo.

Este centro del cerebro es el que integra todas las funciones del organismo que normalmente no están bajo dominio consciente, coordinando las actividades del sistema autónomo parasimpático.

El hipotálamo transmite el mensaje a otra zona llamada hipófisis (coordinadora de las glándulas endócrinas), por medio de diversas sustancias llamadas hormonas, alerta al organismo a prepararse para desempeñar una actividad física en la que participan todas las partes del organismo.

En la reacción de lucha o fuga, la musculatura, el corazón, los pulmones y el cerebro tienen prioridad sobre todos los demás sistemas.

Podemos concluir, entonces, que el efecto fundamental del proceso general del estrés, es decir la ansiedad, será elemento sustentador de la tendencia comportamental del sujeto a optar discriminativamente por la selección de objetos externos, como el cigarro, para la supresión del estado afectivo recurrente a las situaciones que le provocan inseguridad, desaliento, tensión, etc. etc.

Cambios físicos

Los músculos, para su funcionamiento, requieren glucosa (combustible) y se la proporciona el hígado; este azúcar en forma de glucosa es llevada por el torrente sanguíneo, hasta llegar a los músculos.

La cantidad de sangre disponible en el organismo es limitada, por lo que es preciso desviarla momentáneamente de algún punto; así, la digestión se frena; las glándulas salivales se secan; el estómago y el intestino dejan de funcionar y los esfínteres se cierran para evitar la excreción de heces fecales y orina. Aunque a veces ocurre lo contrario y sentimos una tremenda urgencia por ir al baño.

Para transformar el azúcar en glucosa se necesita oxígeno, que también es transportado por la sangre; por consecuencia el corazón tiene que bombear con mayor fuerza para que haga que la sangre (la

cual lleva oxígeno y glucosa), llegue a donde más se necesita, por lo tanto también asciende la presión arterial. En los riñones se contraen los vasos sanguíneos; los pulmones necesitan un mayor volumen de aire para proporcionar oxígeno, y por lo tanto, se debe eliminar más dióxido de carbono; es por esto que nuestra respiración se acelera; se torna jadeante, también se secreta una sustancia llamada adrenalina y otras más, para mantener en marcha la reacción de agresión o fuga, igualmente, el mecanismo antiinflamatorio (que combate las infecciones en el organismo) queda bloqueado, por lo que en esta situación es más fácil contraer una enfermedad contagiosa. Incluso nuestra piel cambia con el estrés, hay sudoración y los vasos capilares se contraen lo que nos da una apariencia de palidez; esto también se debe a que la sangre se desvía a los músculos. La composición química de la sangre también cambia, nuestras pupilas se dilatan y todos estos cambios ocurren en fracción de segundos. Generalmente se espera que una vez tomada la acción física y pasado el peligro, todo vuelva a la normalidad y se espera que sobrevenga el relajamiento o sea el funcionamiento "normal" de nuestro cuerpo, esto nos hablaría de que nuestro organismo se adaptó a un estrés normal y posteriormente reestableció su equilibrio.

Los problemas surgen cuando estas reacciones, que son normales y útiles, se tornan excesivas o desproporcionadas.

La respuesta de agresión y fuga es importante para todo ser viviente que sienta su vida en peligro; la diferencia entre la reacción de un animal y un ser humano, es que producimos todos

estos cambios físicos y químicos en situaciones que no exigen ninguna actividad física vigorosa, (embotellamiento, problemas con los hijos, juntas importantes, impuntualidad, disputa, etc.).

Nuestro cerebro nos permite meditar sobre acontecimientos pasados o imaginar, los futuros, y mantener las sustancias bioquímicas circulantes del estrés. Esto nos habla de reacciones (no momentáneas) de adaptación, que son persistentes durante varios períodos, que cuando continúan por mucho tiempo, pueden tener efectos profundos en el cuerpo, a veces al grado de lesionar los órganos y hacernos propensos a infecciones.

Trastornos ocasionados por el estrés

Si la presión arterial permanece elevada, y los vasos sanguíneos contraídos, se puede dar lugar a una enfermedad cardiovascular en forma de ataques cardíacos o apoplejía.

Si el estómago permanece con su riego sanguíneo disminuido y se congestiona la mucosa intestinal, pueden surgir úlceras, colitis, estreñimiento o diarrea.

Si en los pulmones persiste el esfuerzo por obtener más aire, habrá respiración acelerada (hiperventilación) con mareos y desmayo, o pueden intensificarse los problemas del asma y los cambios en la piel pueden producir alergias o erupciones.

Cuando se sostiene la tensión muscular puede haber dolor de cabeza, de espalda y de grupos de músculos, especialmente en el cuello y hombros.

CAPÍTULO V

ASPECTOS DEPRESIVOS

Por depresión entendemos un trastorno del estado afectivo o de la vida anímica de una persona. El estado anímico tiene dos polos: El agrado y el desagrado vital... estos estados están involucrados normalmente en la estructura de la personalidad, así como en los estados producidos por enfermedades como la depresión... Así se pierde el rendimiento personal y los lazos afectivos creados, surge la irritabilidad, se pierde el deseo sexual y la competitividad, surge el aislamiento y también la tendencia al consumo de tranquilizantes, drogas y alcohol (Monchablón y Ruiz, 1998, pp. 20-21).

Los aspectos depresivos se fundamentan, principalmente, en la perspectiva negativa que el sujeto tiene, tanto de sí mismo, como de su entorno y del futuro. Esta visión implica una serie de patrones de desesperanza y pesimismo, con respecto a sus capacidades y posibilidades de logros, induciéndolo a tratar de buscar fuera de sí, los apoyos necesarios para solventar su necesidad de seguridad, esto explica su tendencia a la dependencia, a la exageración e igualmente a sobreestimar objetos y formas de relación, imitación e intentos de identificación.

Si este supuesto es cierto, trataremos de definir el entorno de los aspectos depresivos y su relación con el hábito tabáquico, en un intento de corroborar nuestra hipótesis general, que vincula la posibilidad de reducir, significativamente, los niveles tanto de habituación al tabaco como de ansiedad de tipo depresivo, que veladamente acompañan a lo que consideramos uno de los problemas de salud más importantes de nuestra época.

Ansiedad

"Es una reacción emocional ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo y cuya función adaptativa es la defensa" (Vila, 1996, p. 170).

La ansiedad es una experiencia que empieza poco después del nacimiento. Al igual que la soledad, la tristeza o el miedo, la ansiedad patológica conlleva vivencias poco placenteras, con sentimientos de temor respecto a acontecimientos no gratos, que puedan suceder al sujeto (desde niño) y a sus seres queridos y se caracteriza por ser desproporcionada frente a la realidad y ante situaciones de amenaza real o imaginaria.

Se le considera un fenómeno múltiple, compuesto de tres sistemas de respuesta independientes:

- Informes verbales.
- Conductas externas.
- Respuestas fisiológicas.

Existen dos modelos explicativos según Vila (1996, pp. 171-177).

a) Los modelos de condicionamiento, que asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas, a través de procesos de condicionamiento.

b) Los modelos cognoscitivos de procesamiento de información, que se basan también en el aprendizaje, pero entienden que lo que se aprende son representaciones simbólicas de los acontecimientos externos, que con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información, almacenadas en la memoria; siendo la estructura de información una estructura típica de miedo, que puede ser activada,

si en el ambiente del sujeto, existe un mínimo de elementos semejantes a los de la estructura almacenada.

Angustia

La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente ante impulsos coercitivos sexuales o agresivos, que intentan emerger, ante la tensión de la soledad o la tristeza, o ante la revelación del amor o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza (Kolb, 1983, p. 86).

Depresión

La depresión es un tono afectivo de tristeza, puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo, el afecto de depresión puede incluir grados variables de tristeza, culpa y vergüenza simultáneamente (Kolb, 1983, p. 137).

Los diversos enfoques psicoanalíticos han sugerido que los afectos patológicos del estado depresivo, que se asocia a angustia y sensación de desamparo, ocurren en las personas que para mantener un sentimiento de seguridad, compulsivamente se aferran a ciertos objetivos o a ligas personales.

Parece ser que la dinámica psicológica, en la primera infancia, sustenta las bases para que el sujeto en la etapa posterior de la adolescencia, busque ayuda al sentirse angustiado e inseguro al intentar concretar tareas, asustado ante su rabia contra la autoridad, culpable o avergonzado respecto a sus exploraciones sexuales, aceptado o rechazado en sus relaciones con

otros. Y las formas en que éste adolescente suele expresar su mala adaptación son: Angustia con tensión, inquietud e insomnio, en ocasiones complicados por síntomas depresivos menores y por las expresiones fisiológicas de algunos estados afectivos. Rasgos que hacen pensar en un símil del lactante dependiente, por lo que consideramos que la conducta depresiva, y los afectos que a ella se asocian, son manifestaciones de regresión a la conducta característica del estado infantil y que aparecen en individuos que no desarrollaron las defensas necesarias contra los estados afectivos, que en los primeros años de la vida, son provocados por el estrés de las separaciones parciales o por las experiencias moderadas de privación afectiva.

Existen una serie de estudios respecto de la depresión, (Brown, Gregory, William, Wahil, Dizmang, Krakowski, y otros; ver: Calderón, 1987), que analizan gran variedad de factores tanto de tipo genético, como psicodinámicos y en relación a eventos causales del entorno del sujeto. Las conclusiones en general se refieren a la posible existencia de características hereditarias, a la inexistencia de una patología infantil concreta, a la prevalencia del género, a los aspectos bioquímicos etc., pero asimismo, a una relación entre estos factores predeterminantes y los eventos detonantes como la orfandad, el rechazo afectivo, la pérdida real o imaginaria de símbolos u objetos, de significancia psicológica de apoyo emocional para el sujeto y la relación con tendencias compensatorias para controlar la baja autoestima, la inseguridad,

la insuficiencia, desamparo, impotencia, desespero, agresividad y fugas.

La importancia de la relación de los aspectos depresivos y la búsqueda de satisfactores, reside en la incapacidad de madurez psicológica de este sujeto, que lo conduce a depositar en objetos, actitudes y actividades inapropiadas, la posibilidad de compensar las carencias afectivas que implica esta supuesta fijación o pseudo regresión a etapas primarias.

Este aspecto psicodinámico, es aparentemente, el conducto para que el sujeto se involucre en lo que podemos definir como abuso de una droga, adicción, farmacodependencia y habituación.

La dependencia psíquica al tabaco está determinada por elementos muy primarios, que se producen en el ser humano vinculados con el inhalar y exhalar, con la angustia y la ansiedad, con el uso de la boca (oralidad), y con la existencia de objetos que ayudan a pasar de una fase del desarrollo a otra (objetos transicionales), por lo que resulta tan difícil la eliminación del tabaco (ver: Barrios, 1989).

Se ha establecido la vinculación existente entre el proceso de respiración y la angustia con el desarrollo del individuo, y se supone una vinculación directa de las primeras etapas del desarrollo del individuo, con las posteriores situaciones angustiantes, revirtiéndose a los primeros diez días después del nacimiento, que es cuando se estabilizan los mecanismos de respiración. Antes, la respiración se encuentra en fase de alarma y resistencia, por lo que el parto siempre produce un estrés físico y psíquico. La

instalación de un ritmo respiratorio normal no se produce en el recién nacido automáticamente, sino como el resultado de una laboriosa y difícil tarea, lo que nos llevaría a suponer qué existe angustia en el nacimiento. Así, como lo anota Barrios (1989, p.25), citando a Rabadán (1985):

Para Freud la primera angustia fue de tipo tóxica, ya que en el acto del nacimiento se tuvieron que enervar los órganos de la respiración, para preparar la actividad pulmonar, acelerar los latidos del corazón y liberar así la sangre de sustancias tóxicas.

Freud (1986), propone la fijación de los primeros estados afectivos vinculados con el nacimiento, dándoles un carácter de "sucesos traumáticos" y su posterior repetición como "símbolos mnémicos". Cuando los eventos son análogos a los de la situación traumática, estos estados de angustia, sensación de desamparo, estrés físico y psicológico causados por el nacimiento y por el proceso de inhalación-exhalación, se van a resignificar a lo largo de la vida.

Durante el período oral la principal zona de placer es la boca, la experiencia de satisfacción que proporciona el prototipo de la fijación del deseo a un determinado objeto, es una experiencia oral y por consiguiente se puede establecer la hipótesis de que el deseo y la satisfacción quedan marcados para siempre por esta primera experiencia. En el caso del tabaquismo, el objeto es el cigarrillo y la angustia se repetirá, resignificándose de diversas maneras, como defensa contra la ansiedad (en especial de tipo depresivo).

Barrios (1989) citando a Winnicot (1971), menciona a los "objetos transicionales" usados en momentos de soledad, o cuando existe el peligro de un estado de ánimo deprimido. Esta necesidad de un objeto o pauta de conducta específicos, que comenzó a edad muy temprana, puede reaparecer más adelante cuando se presenta la amenaza de una privación. Esto podría llevar a suponer una relación de estados primitivos de mucha intensidad, que han dejado una huella, que mantiene una tendencia y que se traduce en ciertas reediciones en la edad adulta, como sería ingerir alimentos en abundancia, llevarse objetos a la boca o beber en demasía, entre otros.

En conclusión, parece ser que los estados afectivos de ansiedad depresiva presentan una comorbilidad con la formación de algunos hábitos y adicciones, que principalmente se relacionan con la oralidad, como resultado del frustrado intento de resolución de esta etapa primaria y de algunas carencias afectivas, predisponiendo al individuo al desarrollo de posteriores conductas erróneas en la búsqueda de satisfactores, u objetos, que pudiesen substituir o llenar, según el caso, los aspectos que dinamicamente se relacionan con elementos psicopatológicos, o al menos, de un aprendizaje distorsionado.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DEL GRUPO

Los grupos

Un grupo es reunión de dos o más personas que tienen intereses comunes, se conocen entre sí y funcionan bajo ciertas normas implícitas y explícitas, asimismo, dado que la necesidad de asociarse con otros individuos es universal, puede considerarse como un motivo o necesidad. El instinto gregario hace que el hombre busque la compañía de sus semejantes.

Un grupo es un conjunto de personas que a través de un proceso de integración logran una relación objetiva y dinámica.

La principal característica de un grupo es dicha relación que debe establecerse entre los miembros. La cohesión de grupo es el grado de atracción que tienen los integrantes de un grupo entre sí, en virtud de las satisfacciones que obtienen al estar unidos. Un grupo se integra en forma accidental o en forma deliberada.

Basándonos en Shaw (1994), clasificaremos los grupos como:

Grupo primario:

Generalmente consta de un número restringido de participantes, tiene mucha cohesión, recibe mayor dedicación por parte de sus integrantes, relaciones interpersonales que se llevan en forma directa y los miembros del grupo expresan en forma abierta sus sentimientos y emociones. Ejemplos: La familia, grupo infantil, pandilla etc.

Grupo secundario:

Requiere de cierta formalidad para poder mantenerse, las relaciones entre los integrantes son de tipo impersonal y más formal, tiene poca cohesión y requiere por lo tanto de una estructura, normas e incentivos para alcanzar sus objetivos. Ejemplo: asociaciones profesionales, clubes deportivos y culturales, partidos políticos etc.

El grupo social:

Tiene las mismas características de los grupos secundarios, pero éstas solo se distinguen porque están restringidas a las personas que tienen objetivos comunes y poseen ideologías semejantes.

Grupo laboral:

Conjunto de personas que entran a una relación con fines laborales, se diferencia de los demás por la finalidad específica por la que se establece la relación. Este es un grupo secundario pero puede convertirse en primario, porque las relaciones de los empleados u obreros adquieren mayor profundidad y los integrantes gustan de frecuentarse, aún sin su interés laboral y el grupo adquiere mayor cohesión. El principal objetivo de la socialización es conformar al individuo según las normas y costumbres de la sociedad y los principales agentes de esta socialización son:

Familia - Escuela - Trabajo.

A través de estos agentes logramos la adecuación con las conductas de grupo y la adaptación dentro del grupo al que pertenecemos.

Existe en todo sujeto un permanente deseo de ser aceptado por los demás, deseo que lo lleva a renunciar, inicialmente, a una parte de las libertades propias en el momento de adherirse a un grupo, motivo por el que percibe a los demás ambivalentemente como amenaza y como posibilidad, frente a los que tiene que afirmar su propia personalidad.

Todo grupo, al formarse, presenta cuatro problemas iniciales que resolver para llegar a formar un auténtico sentimiento de solidaridad, estos se pueden describir como:

a) *Problema de identidad*: ¿Cómo he de comportarme dentro del grupo y con qué personalidad soy aceptado dentro del grupo?

b) *Problema de aspiraciones*: ¿Qué metas se propone el grupo y hasta qué punto coinciden con mis propias aspiraciones?.

c) *Problema de poder*: ¿Quién detenta el liderazgo dentro del grupo y cómo puedo yo mismo, influenciar al grupo, en función de mis propias aspiraciones?.

d) *Problema de la intimidad*: ¿Hasta donde llega la sinceridad entre los miembros del grupo y hasta qué punto, puedo yo sincerar mis propios deseos y personalidad? (Kirsteen y Schwarz-Müller, 1976, p. 59).

Este proceso queda cerrado y desaparece el sentimiento de mutua extrañeza, al saber cada miembro lo que puede esperar de los demás y de sí mismo dentro del grupo. Existe, de tal forma, un proceso primario en todo grupo, en la conformación de la cohesión, caracterizado por dos niveles que determinan la formación del

sentimiento de integración del grupo: El nivel objetivo del acuerdo y el nivel emocional de la mutua confianza, los cuales presentan cuatro fases fundamentales que son:

Inicialmente una fase de conflicto sobre los objetivos y los medios para alcanzarlos.

Posteriormente, una fase de adaptación respecto a la coincidencia de los puntos de vista.

Similarmente una fase de desacuerdo en el plano de los objetivos, pero una creciente confianza en el plano personal.

Finalmente, una fase de acuerdo donde hay un elevado grado de confianza entre los miembros y sus intereses.

Estas fases evolucionan constantemente, y entre los dos polos extremos, hay un movimiento de repulsa y aceptación de las diferentes y respectivas posturas, situación que va desarrollando el sentimiento del "Nosotros" en el grupo.

Colateralmente, se continúa con el deseo de ser aceptado por los miembros y de ser bien acogido, de tal forma que para lograr objetivos en conjunto, hay que acertar a conjugar la afirmación de sí mismo y de adaptación al grupo, venciendo la presión social, que es el conjunto de influencias que ejercen los individuos o los grupos a fin de alcanzar algún objetivo.

La importancia última del nivel de aspiración del grupo, está en su capacidad para estimular el esfuerzo de grupo.

Es de esperar, que los miembros trabajen más arduamente por el nivel de aspiraciones del grupo, que por cualquier nivel alternativo.

Las diferencias en la participación relativa de los miembros del grupo, aumenta con el tamaño del grupo... la probabilidad de que emerja un líder, aumenta también junto con el tamaño... los miembros suelen evaluar más positivamente a los grupos pequeños que a los más numerosos... los efectos del tamaño del grupo sobre el rendimiento, están en función de la clase de tarea que el grupo deberá llevar a cabo... las mujeres son menos autoafirmativas y menos competitivas... las mujeres se conforman a la opinión de la mayoría, en mayor medida que los hombres (Shaw, 1994, pp. 214-217).

Las características individuales de los miembros de un grupo constituyen, innegablemente, un factor determinante respecto a su eficacia, cohesión y motivación, de tal forma, que un miembro ansioso puede inhibir el funcionamiento eficaz del grupo, así como uno equilibrado contribuye a éste, pero inversamente la pauta de interacción y su contenido tienen una orientación más positiva en los grupos con alto grado de cohesión.

Cohesión de grupo: Es la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros, para que permanezcan en el grupo; Las fuerzas componentes surgen de: a) Lo atractivo del grupo. b) Lo atractivo de membrecías alternativas.

Determinantes: Expectación respecto de los resultados, nivel de comparación, propiedades incentivo, base-motivo.

Consecuencias: Mantenimiento de la membrecía, poder del grupo sobre los miembros, participación y lealtad, seguridad personal, autoevaluación.

La cohesión se relaciona con la experiencia de verse aceptado por un grupo y ser capaz de compartir ideas y sentimientos con los

demás, sin miedo a las críticas. Es una sensación de unidad y de atracción que mantiene juntos a los miembros y refuerza sus propósitos.

Los grupos, en general, presentan una serie de reacciones y situaciones determinadas por aspectos motivacionales del grupo, que dependen de un cúmulo de factores respecto al tamaño del grupo, a los objetivos y su especificación, a la existencia de alternativas, atractivas o no, etc., aspectos que deben considerarse en la formación y permanencia del grupo, pero que implicaría un análisis sumamente extenso y que debe ser sujeto de un estudio particular (ver: Cartwright, y Zander, 1980).

Asimismo, los objetivos que el individuo atribuye al grupo, pueden provocar la aparición de sistemas de tensión, sin embargo, las discrepancias entre el yo percibido y el yo ideal, pueden disminuir en función a la participación en grupos experienciales, dado que los participantes perciben cambios en sus sentimientos y su conducta como consecuencia de la experiencia grupal, motivo por el que nos enfocamos al estudio del tipo de grupo experiencial que pudiera contener todos los elementos que satisficieran las necesidades dinámicas que nuestro trabajo requirió, es decir, el grupo terapéutico:

Grupos terapéuticos

Psicoterapia de grupo, es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes... en la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente, como la interacción paciente-terapeuta, se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada, de cada uno de los miembros del grupo... el grupo mismo, así como la aplicación de técnicas específicas

y la realización de intervenciones por parte del terapeuta calificado, sirven como instrumento de cambio (Vinogradov, y Yalom, 1996, p. 15).

Los principales mecanismos terapéuticos que operan en estos grupos se pueden resumir en los elementos contenidos en los factores terapéuticos determinados por Vinogradov y Yalom (1996) y Kaplan y Sadock (1996), como son:

Infundir esperanza.

Transmitir información.

Altruismo: Anteponer la necesidad de otro a la propia y aprender que es valioso dar a los demás (Kaplan, y Sadock, 1996, p. 74).

Universalidad: Conciencia de que no es uno solo quien tiene problemas (p. 74).

Desarrollo de técnicas de socialización.

Aprendizaje interpersonal.

Comportamiento imitativo.

Catarsis: Expresión de ideas, pensamientos y material reprimido, que se acompaña de una respuesta emocional generadora de alivio (Vinogradov, y Yalom, 1996, p. 26).

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.

Cohesión de grupo: Sentimiento de que el grupo está trabajando unido hacia un objetivo común (p. 26).

Factores existenciales.

Ventilación: Expresión de sentimientos, ideas o acontecimientos reprimidos, ante los demás miembros del grupo (p. 26).

Validación consensual: Confirmación de la realidad comparando las propias conceptualizaciones con las de otros miembros del grupo (p. 26).

Identificación: Mecanismo de defensa inconsciente por el que la persona incorpora, las cualidades y características de otra persona, en su propio sistema Yoico (p. 26).

Insight: Intelectual y emocional: Comprensión consciente de la propia dinámica y de los síntomas de conducta mal adaptada (p. 26).

Imitación.

Interacción.

Elementos que se consideraron de suma utilidad, por lo que se decidió el trabajar con ellos, dado que se dedujo que su desarrollo en los sujetos podría servirles como contenedores y reguladores del característico perfil del individuo habituado al cigarrillo, el cual presenta una constante rebeldía y una actitud antiautoritaria, que tiende a la extroversión, a la transgresión y al contacto social superficial, rasgos base para la elección de la técnica en grupo para su tratamiento.

Como extensión de dichos elementos terapéuticos Vinogradov y Yalom (1996), resumen los factores del proceso grupal en lo que denominan:

*Componentes de la experiencia emocional correctiva
en la psicoterapia de grupo*

Características del gpo.	Proceso	Resultado
Entorno seguro	Expresión de tensiones y emociones básicas	Evocación del afecto
Interacciones de apoyo	Enfrentamiento con la realidad y	
Feedback franco	examen de la experiencia	Integración
Reacciones sinceras	emocional de cada sujeto	del afecto

En síntesis, el objetivo fundamental de los grupos terapéuticos, en general, es el aprender a partir de patrones de comportamiento en el microcosmos social del grupo referido, aspectos como:

La exhibición de la patología interpersonal.

Feedback y autoobservación.

Estudiar los resultados de compartir reacciones.

Comprender la propia opinión del Yo.

Desarrollar un sentido de responsabilidad de la propia presentación del Yo, de cada sujeto.

Darse cuenta del propio poder de efectuar cambios, en la presentación del Yo (Vinogradov y Yalom, 1996, pp. 35-37).

Grupos de Autoayuda

Emprender algo solo no es fácil y muchas personas, a lo largo de muy distintas épocas, han descubierto que unirse con otras personas puede ayudarlas a resolver problemas comunes en sus vidas y librarse de una situación que parecía desesperada.

El hombre es un ser social, que a lo largo de su historia, se ha unido a otros hombres con el fin de resolver sus problemas y poder sobrevivir.

Los ejemplos más conocidos del poder de la Autoayuda son: Alcohólicos Anónimos (1935), *Weight Watchers* (Vigilantes del peso) (1963), Grupos de Autoayuda del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Clínica de tabaquismo" (1983).

La mayor parte de las poderosas fuerzas presentes en los grupos de Autoayuda, aparecen ya, cuando dos o tres personas aquejadas por el mismo problema se reúnen con el objetivo de ayudarse entre sí.

Las personas que presentan un determinado problema, posiblemente tengan algo que ofrecerse unas a otras.

Ese "algo" puede ser apoyo emocional, ayuda material, amistad, experiencia o bien un refugio contra el mundo exterior. Kaplan y Sadock (1996, p. 322), resaltan el papel de los grupos de Autoayuda en el desarrollo cognoscitivista del individuo:

Los grupos de Autoayuda son sistemas de reestructuración cognoscitiva, con una ideología elaborada sobre la causa y las fuentes de las dificultades y de cómo los miembros deben analizar sus dilemas para obtener ayuda. (Antze, 1976).

La ayuda consiste en la oportunidad de aprender de personas que están cambiando, con éxito, el mismo problema. Pero es fundamental, la permanente concientización de que el objetivo central del grupo de Autoayuda, es la formación de la propia responsabilidad de la resolución del problema individual.

Conviene que las personas exfumadoras den su testimonio de:

¿Qué problemas tenían y cómo consiguieron superarlos?

¿Cómo se enfrentan actualmente a situaciones peligrosas?

Esto estimula y da esperanzas al grupo, porque les permite identificarse con un modelo que ha superado, con éxito, un problema similar al de los demás miembros del grupo, es decir; proporciona estrategias concretas para enfrentarse a situaciones específicas. Esos modelos a imitar pueden tener una influencia muy poderosa en el comportamiento de algunos de los miembros del grupo. Para evitar que los testimonios resulten aburridos y prolongados se debe conseguir un equilibrio entre la descripción del problema y los medios de afrontarlo con éxito.

Los grupos de Autoayuda son pequeñas unidades interactivas cara a cara. La gente se une a tales estructuras en una situación de grandes necesidades personales y necesitan compartir tópicos y sentimientos que se consideran normalmente personales y privados... Se encuentran enfrentados a un número de extraños... salvo por una característica crítica: El problema compartido... Tales grupos comparten tres elementos básicos: La intensidad de la necesidad expresada...el requerimiento de compartir algo personal... y la similitud de su sufrimiento, tanto si es real como imaginada (Kaplan y Sadock, 1996, pp. 322-323).

Una de las principales características de estos grupos es; la generación de un alto nivel de cohesión a través de las emociones y sentimientos que surgen de la autoconcepción de pertenencia, y la similitud y marginación social de sus miembros, adquiriendo niveles de grupo primario, donde surge el medio propicio para compartir

emociones, el compromiso y el marco cognitivo, que pueden permitir la definición, causas y alternativas de solución del problema común.

En el presente estudio, en particular, se hace la consideración de que el formato del grupo de Autoayuda implica, supuestamente, la carencia de un líder, dado que el grupo es su propio regulador y las sesiones no son directivas en el sentido más estricto, además de la apariencia de ser un grupo formado naturalmente a raíz de una necesidad común y con un objetivo específico de resolución.

Pero similarmente a como lo cuestionan Kaplan y Sadock (1996), los reportes existentes al respecto, derivan conclusiones de la efectividad de dichos grupos, relacionada proporcionalmente con la supervisión de profesionales en la terapia grupal, amén de que su génesis formalmente programada dará la sustentación idónea para la especificación técnica y táctica de su funcionalidad, por lo que el asesor en cuestión cumple un papel importante en dos fases intrínsecas, primero en la capacitación, descripción y logística básicas, y segundo, en el monitoréo, registro y orientación del manejo dinámico del foco grupal.

El tratamiento consiste en la identificación de situaciones de alto riesgo, esto es, reconocer aquellos elementos que provocan el deseo intenso de fumar y a través de las sesiones, idear métodos y alternativas para afrontarlos, esto tiene la ventaja de aumentar la capacidad de las personas para pensar en estrategias de defensa y

puede conseguir reducir la duración y la gravedad de las recaídas, durante períodos importantes de tiempo.

Es debido a la suma de los elementos hasta aquí descritos, que el desarrollo del Taller se instrumentó por medio de un grupo de Autoayuda, considerando la circunstancia particular de la necesidad de adiestrar a los sujetos que iniciarían la formación de dicho grupo, dado que no existían antecedentes de ello dentro del Instituto, por lo cual el proceso de su formación, además de la evolución del Taller mismo, incluyó el análisis y aplicación de aspectos y técnicas de lo que denominamos el aprendizaje.

CAPÍTULO VII

EL APRENDIZAJE

Proceso enseñanza-aprendizaje

Tomando algunos conceptos de Freire (1984), podemos considerar que enseñanza y aprendizaje constituyen pasos dialécticos inseparables, integrantes de un proceso único en permanente movimiento, pero no solo por el hecho de que cuando hay alguien que aprende puede haber otro que enseña (Caso que no se da en los sistemas cibernéticos actuales, o autodidactas, por ejemplo), sino también, en virtud del principio según el cual no se puede enseñar correctamente -en cuanto a la enseñanza directa- mientras no se aprenda durante esta misma tarea. La enseñanza es la actividad que dirige el aprendizaje y se deduce que para que exista un cierto aprendizaje, en el binomio maestro-alumno, necesitamos que se lleve a cabo un buen nivel del proceso implícito.

En épocas pasadas se afirmaba que enseñar era sinónimo de indicar y tomar lecciones recitadas de memoria por los alumnos. Séneca decía que aprendemos, no para la escuela, sino para la vida. A partir del siglo XVII predominó la fórmula de llevar a cabo, primero, la comprensión reflexiva, después la memorización de lo comprendido, y por fin, la aplicación de lo que fue comprendido y memorizado.

En la época actual, se ha comprobado que la mera explicación verbal del profesor solo sirve para aplicar el aprendizaje, pero no para integrarlo y llevarlo a buen término. Haddad (1979), nos brinda elementos más específicos para el análisis y clasificación

de éste proceso, al señalar que: Comprender, memorizar y aplicar no son fases distintas y sugestivas de la experiencia del aprendizaje; son mas bien aspectos integrantes de la misma experiencia.

Enseñar puede implicar que la gente lea cierto material, que dé demostraciones específicas y que tome parte en distintas actividades que produzcan aprendizaje, esto se refiere básicamente a la interacción maestro-alumno, quien en principio guía las actividades de un alumno para producir el aprendizaje.

En síntesis, enseñar es motivar y orientar la actividad reflexiva de los alumnos hacia los reactivos culturales de la materia, con técnicas apropiadas del proceso de aprendizaje, de acuerdo con el nivel de capacidad y comprensión que ambos posean.

Claro está, que para que el alumno pueda aprender, el maestro debe saber manejar bien la materia y las técnicas con las cuales va a motivar al alumno.

El aprendizaje es un proceso eminentemente operativo, en el cual cumplen un papel fundamental la atención, el empeño, y el esfuerzo del alumno.

Éste debe identificar, analizar y reelaborar los datos del conocimiento que reciba, e incorporarlos en su contexto mental, en estructurarlos bien definida y coordinadamente.

En este proceso de aprendizaje hay tres etapas fundamentales en las que el alumno:

- 1).-Pasa de un estado de sincretismo inicial, en el que abundan vagas nociones confusas y erróneas, flotando sobre un fondo indiferenciado de pseudo ignorancia.

2).-Una fase de enfoque analítico, en que cada parte del todo es, a su vez, examinada e investigada en sus pormenores y sus particulares.

3).-Sigue una fase de síntesis integradora; relegando los pormenores a segundo plano, se afirma la perspectiva de lo esencial, de las relaciones y de la importancia de los principios, datos y hechos ya analizados, integrados en un todo coherente y vitalmente significativo, para darle las condiciones adecuadas para su integración.

Todo aprendizaje es un proceso eminentemente activo y basado sobre experiencias; sus componentes son la actividad, la reflexión y la tendencia hacia objetivos determinados. El aprendizaje consiste, esencialmente, en modificar el comportamiento del alumno y enriquecer su personalidad. Ahora bien, el proceso enseñanza-aprendizaje ha sido motivo de múltiples estudios, en los que es visualizado desde la perspectiva de diferentes corrientes psicológicas, pedagógicas y sociológicas.

Las teorías psicológicas de la instrucción que abarcan más situaciones de enseñanza-aprendizaje y que señalan principios determinantes para que dicho proceso se efectúe oportunamente son; la cognoscitiva y la neoconductista.

Para los fines de nuestro estudio tomaremos como base a la teoría cognoscitivista, la cual se interesa en el desarrollo de habilidades que permiten al estudiante aprender ideas, conceptos, vocabulario o hechos específicos básicos, para lograr una ejecución efectiva como resultado de experiencias adquiridas.

Esto sería, en síntesis, el producto del proceso de aprendizaje previamente planeado y estructurado.

A continuación esquematizaremos el proceso y sus técnicas, resumiendo a Homanus (1981) y a Chehoybar y Kuri (1983).

Los principios que se aplican y que es menester controlar en la enseñanza y durante el proceso de aprendizaje, desde el punto de vista cognoscitivo son: Percepción, organización por configuraciones globales, establecimiento de objetivos, comprensión y retroalimentación.

Percepción: Percibir es recibir impresiones sensoriales, es percatarse de la presencia de algo. Por medio de ésta, el estudiante identifica y describe el significado del objetivo percibido.

Organización por configuraciones globales: Es el análisis de cada elemento y sus relaciones, para identificarlas en una estructura total. Esta organización se constituye por haber captado la estructura que guarda una forma específica y única, y se adquiere con respecto a las relaciones existentes entre los elementos.

Establecimiento de objetivos: El establecimiento de objetivos equivale a la motivación. Si se considera que cuando el estudiante conoce la meta o situación final que se propone la educación que recibe, se estimula su interés hacia el estudio, y por ende se logra un aprendizaje eficaz. En la sistematización de la enseñanza, el establecimiento de objetivos constituye el paso primero y principal de la estrategia de instrucción.

Comprensión: Para que el aprendizaje ocurra es imprescindible la comprensión. Esta se hace evidente, cuando permite generalizar o extrapolar el material de estudio adquirido.

El proceso de generalización implicado en la comprensión, permite repetir una respuesta aprendida en una situación determinada, en otra semejante, es la transferencia de los conocimientos adquiridos.

Retroalimentación: Consiste en indicar al estudiante si fue buena o mala su ejecución y porqué. Indica el análisis que nos permitirá confirmar que el aprendizaje se está efectuando y que se pueden señalar y corregir errores. Por tanto, se definirá al proceso enseñanza-aprendizaje como el conjunto de actividades organizadas, donde los elementos que intervienen guarden una interacción, cuyo resultado es una modificación más o menos estable de pautas de conducta.

Técnicas didácticas

La práctica de los docentes en el aula se plantea como un conjunto de conocimientos, acciones, habilidades, relaciones, normas, valores, etc., que el docente sostiene a lo largo del proceso enseñanza-aprendizaje, con la finalidad de posibilitar en los estudiantes, la adquisición de conocimientos, el desarrollo de hábitos, habilidades y normas.

En el interior del aula se conjugan situaciones y relaciones entre los sujetos participantes en el proceso enseñanza-aprendizaje, que no pueden ser soslayadas, a las cuales se les ubica en

niveles de dominio cognoscitivo, afectivo y motriz, interviniendo elementos objetivos como subjetivos, discursos teóricos, metodológicos y técnicas, por lo que la práctica docente no puede ser analizada sólo a partir del elemento técnico.

Ubicaremos a las técnicas didácticas, como uno de los elementos que forman parte de las estrategias de aprendizaje, junto con las actividades y auxiliares didácticos.

Definición: Las técnicas didácticas son formas, procedimientos o medios sistematizados para organizar y desarrollar la actividad de grupo, que sirven como medio para alcanzar un objetivo de aprendizaje determinado y cuya aplicación es orientada por un método de enseñanza.

Es importante aclarar que dichas técnicas sólo son medios para alcanzar un fin; ya que por sí mismas ellas no proveen el conocimiento, pero sí, son medios que empleados, adecuadamente, facilitan la consecución de metas en el proceso enseñanza-aprendizaje, activando las motivaciones tanto individuales como de la dinámica grupal, es decir, propiciando la interacción, integración y la comunicación.

Clasificación: La división de las técnicas didácticas se basa, fundamentalmente, en el grupo como móvil o vehículo del proceso enseñanza-aprendizaje o en el individuo y su interacción con el objeto.

Se clasifican generalmente en individuales y grupales:

Técnicas didácticas grupales

Son técnicas que permiten al grupo participar conscientemente y de manera significativa, en su propio proceso de aprendizaje, su eje principal es el grupo como medio de aprendizaje. Estas técnicas se dividen en dos:

1.-Técnicas cuya estructura, objetivo y contenido están ligadas. (Caballos, Islas, Cuadros, Fantasía del futuro, Gato tridimensional)

2.-Técnicas cuya estructura, objetivo y contenido no están ligadas. (Corrillos, Rejillas, Phillips 66, Dramatización, Estudio de casos).

Criterios de selección

Las técnicas poseen distintas características que las hacen útiles en determinadas circunstancias; para su adecuada selección es necesario considerar los siguientes aspectos:

- 1) Los objetivos de aprendizaje que se pretende alcanzar.
- 2) El "aquí y ahora" del grupo. Su dinámica.
- 3) El tamaño del grupo, (si es grande o pequeño).
- 4) Condiciones de espacio, tiempo, recursos etc.
- 5) Características de los participantes, interés, experiencia, nivel escolar, expectativas.
- 6) Conocimiento y habilidad del instructor para su adecuada aplicación, distinguiendo en cada una de ellas: Estructura, finalidad, desarrollo y ventajas.

CAPÍTULO VIII

EL AUTOCONTROL

Definición de autocontrol

Los hábitos se desarrollan por medio de la asociación repetida de determinadas situaciones antecedentes y las consecuencias del comportamiento. Un individuo puede comprender mejor su propio comportamiento mediante el examen de las circunstancias ocurridas inmediatamente antes e inmediatamente después de ese determinado comportamiento.

La conducta se ve influida sobre todo por las consecuencias inmediatas a corto plazo. El fumador experimenta una sensación de relajamiento después de fumar, le refuerzan las consecuencias satisfactorias que se presentan inmediatamente.

Esta es nuestra variable dependiente, el efecto del que vamos a averiguar la causa... un organismo es condicionado cuando un reforzador acompaña a otro estímulo o sigue en el tiempo a la propia conducta... cuando el reforzamiento deja de producirse, la respuesta ocurre cada vez con menos frecuencia (Skinner, 1974, pp. 65-69).

Desde la plataforma de esta concepción, es decir, de la capacidad de autorregulación de la conducta, se deduce que la mejor estrategia será, en principio, la adecuada especificación de la conducta blanco y su fiel registro. Posteriormente la identificación de los antecedentes y consecuencias, y finalmente, la estructuración de un plan de acción que implique la modificación de los factores-objetivo preseleccionados.

Así, el autocontrol podemos conceptualizarlo como una estrategia de cambio conductual que consiste en; la aplicación sistemática de principios de aprendizaje con el fin de lograr el desarrollo de "la capacidad de emitir una conducta determinada, cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles, en ausencia de coacciones inmediatas" (ver: Thoresen y Mahoney, 1981, p. 30).

Técnicas de autocontrol

En el presente estudio consideramos, en general, la utilización de las siguientes técnicas de autocontrol:

- Autoobservación - autovigilancia - autorregistro
- Determinación de la fecha de inicio del autocontrol.
- Revisión de registros, determinar técnica de sustitución.
- Apoyo y reforzamiento del entorno.
- Alternativas de apoyo.
- Modificación de consecuencias del comportamiento.
- Revisión de los efectos nocivos y de la motivación.
- Recomendaciones respecto a los hábitos alimenticios.
- Información y apoyo emocional.
- Contrato conductual.
- Autoinstrucción/control mental/detención del pensamiento
- Entrenamiento en técnicas asertivas.
- Ejercicios de relajación

(ver: Pardell, et al., 1996, pp. 161-163).

Partiendo de esta base técnica, el modo más eficaz de tener constancia de las conductas, consistirá en llevar un diario de auto-observación.

Constituye una relación objetiva de los hechos, antecedentes y consecuentes de la conducta blanco, lo que permitirá la valoración numérica y circunstancial de la conducta.

"Consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de algún procedimiento previamente establecido" (Labrador, et al. 1995 p.136)

Los diarios de comportamiento deben ser metódicos, puntuales y concretos, que proporcionen información clara de los estímulos que mantienen una conducta habitual como es el fumar.

La auto-observación tiene efectos positivos, porque aumenta la conciencia de la pauta de comportamiento habitual, día a día y porque proporciona un registro de los progresos efectuados.

En la medida que una persona es más consciente de su comportamiento tiene también mayor posibilidad de modificarlo, esto también garantiza que el individuo invierta un tiempo del día en pensar sobre la propia conducta, los cambios y las razones para ese cambio. La observación cuidadosa de una respuesta proporciona retroalimentación al sujeto, para que emplee los procedimientos autocorrectivos hasta que satisfagan un nivel aceptable de la conducta deseada por él mismo, previo establecimiento de metas, y es en función a esta necesidad de ser objetivos en la determinación de los elementos conductuales, que intervienen en el proceso de aprendizaje, implantación y permanencia de nuestra conducta blanco, que debe programarse una adecuada autoobservación, con un objetivo final claro y realista. Si hemos de comprender y además cambiar

nuestro propio comportamiento, deberemos observarnos a nosotros mismos de una manera sistemática.

Uno de los propósitos del autocontrol, consiste en ofrecer formas prácticas de observación y comprensión de los propios hábitos, así como ofrecer métodos efectivos de introducir cambios en el comportamiento y conseguir el objetivo de modificación.

Nuestro objetivo principal no será impartir una información científica precisa, sino más bien proporcionar una forma de observación del comportamiento que pueda ser de utilidad práctica.

Cambiar los hábitos adquiridos a lo largo de una vida y mantenidos por una sociedad que constantemente nos persuade a actuar con un determinado estilo de vida, constituye una tarea que requiere un alto grado de dedicación y de estimulación, pero la dedicación no es suficiente, resulta esencial tener un plan de acción. Ya que un temor irracional puede llegar a limitar la libertad de acción del individuo, actúa como una barrera mental que se mantiene, aunque el sujeto sepa que un hábito tal, sea contrario a sus intereses reales.

Si existe un principio general en el sistema de auto-observación, éste consiste en la posibilidad de estimular a las personas a des-aprender comportamientos indeseables y aprender, a cambio, otros nuevos que le permitirán conducirse de manera distinta. El individuo deberá aprender a identificar los factores de su vida cotidiana que refuerzan sus motivaciones y su conducta, junto a las técnicas, mediante las cuales, podrá evitar o modificar las influencias negativas.

La confianza adquirida mediante el aprendizaje y el ejercicio de nuevas prácticas favorecerán la autoestima del individuo. Los hábitos se refuerzan con la satisfacción repetida del deseo, los comportamientos estrechamente relacionados con un sentimiento profundo de placer o bien con la anulación de la angustia, son los que más fácilmente tienden a desarrollarse en forma de hábitos. El placer que refuerza un hábito se denomina refuerzo positivo.

La consolidación de un hábito que pospone la experiencia de ansiedad, o sentimientos desagradables, se denomina refuerzo negativo.

Cadena de aprendizaje

El eje central de las diversas teorías del aprendizaje basadas en el binomio estímulo-respuesta, desde Pavlov, hasta Skinner (ver: Haddad, 1979, pp. 94-102), puede resumirse en la cadena de aprendizaje formada por tres elementos básicos:

Antecedentes → comportamiento → consecuencias

Se considera que los estímulos del ambiente dan lugar a una respuesta del organismo, dicha respuesta provoca consecuencias en el medio, las cuales si son gratificantes, tenderán a mantener o incrementar la probabilidad de ocurrencia de esa respuesta en el futuro. Si por el contrario las consecuencias son desagradables para el individuo, la probabilidad de que se repita esa misma respuesta, en el futuro, es menor.

La percepción del control personal que unas gentes creen tener sobre sí, y su ambiente, funciona como un gran motivador. Es el

valor de la libertad personal para actuar según su propia determinación y poder seleccionar libre e informadamente de entre varias alternativas disponibles en el medio.

El primer paso para controlar los hábitos y eliminar compulsiones, consiste en identificar los estímulos antecedentes que los han originado y en el fumador existen dos tipos de antecedentes básicos: Condicionamientos sociales y aprendizaje, ya que a partir de un modelo ejemplo proporcionado por los padres, maestros, compañeros de la misma edad, personalidades destacadas y los (ídolos), el cigarro y el fumar son estímulos discriminativos para la pertenencia y aceptación dentro de un grupo de referencia (o de iguales) y para la consideración de sentirse adulto.

Condicionamiento psicológico

En cuanto a rasgos de personalidad, existen individuos que tienden a buscar estímulos y existe una necesidad de activación en ellos." Una característica propia de los fumadores es la extroversión... son además animosos, cambiantes e impulsivos, con una necesidad de comunicar y compartir experiencias" (Pardell, et al. 1996, p. 166).

Así parece ser respecto al fumador, debido a que la nicotina en dosis bajas produce efectos que son comunicados como agradables por el organismo, cuyo efecto es atribuido a la liberación de endorfinas, producidas por el cerebro como consecuencia de la nicotina, la cual es considerada como responsable de alteraciones psíquicas con aumento del impulso y elevación del estado de ánimo.

Esta conducta que tiende a ser de carácter adictivo, es reforzante por los efectos psicosociales, pero también por la gratificación sensomotriz que se produce a nivel oral, manual y respiratoria, además de sus efectos sedativos y tranquilizantes, o por el contrario estimulantes, de tal forma que su eliminación implica toda una problemática que debe ser enfocada desde muy diferentes aspectos que incluyen, desde la necesidad de considerar primeramente una tendencia del sujeto a la estimulación; la probable existencia de una conflictiva psicológica de rasgos autodestructivos, la existencia de factores externos facilitadores y promotores de la conducta blanco, el aprendizaje e implantación de conductas colaterales que han adquirido un carácter ritual, la manipulación enajenante de los medios masivos de comunicación, la degeneración de la salud física y psicológica que implica el hábito, las motivaciones de tipo social en el entorno del sujeto, hasta el decremento de aspectos motivacionales, de autoestima, de autovaloración, nutricionales, de concentración, de interés y de alegría; para lo cual, se diseñó el modelo integral del Taller de Autocontrol que a continuación se describe.

CAPÍTULO IX

MÉTODO

Planteamiento del problema.

Ante la solicitud de los trabajadores del IMSS para solucionar el problema de tabaquismo que se presenta dentro de sus centros laborales; se propuso la creación de un grupo de Autoayuda cuya finalidad sería lograr la implantación de un modelo funcional de tratamiento, que no requiriera de una permanente intervención médica o terapéutica, ni elevados costos, pero que fuera eficaz en el control o disminución de la conducta de fumar, en beneficio de los empleados que habitualmente lo hacen dentro de sus oficinas del Nivel Central, cuyo hábito implica una serie de problemas para sí mismos y para sus colaboradores con quienes comparten las reducidas instalaciones, lo que ocasiona situaciones de conflicto originadas por la dificultad de regular las áreas y ocasiones idóneas que dichos sujetos requieren. Ante tal situación se propuso la aplicación de un Taller de Autocontrol del hábito tabáquico y de aspectos depresivos concomitantes, para capacitar técnica y didácticamente a un grupo de sujetos como base inicial de la formación del grupo, para lo cual, se requirió salvar una serie de limitaciones que impidieron la formación de grupos de control, de adecuación a horarios laborales y número de sesiones de seguimiento, de espacio, amplitud de tareas, ejercicios y sesiones prácticas, como posible solución a tan complejo problema.

Hipótesis: Alternas y Nulas.

Alternas:

1ª) El nivel del hábito de fumar disminuirá, significativamente, en los sujetos participantes en el Taller de Autocontrol: "El grupo de Autoayuda y el Tabaquismo".

2ª) Los niveles de ansiedad de tipo depresivo detectados en los sujetos muestra disminuirán, significativamente, como consecuencia de la aplicación del Taller de Autocontrol: "El Grupo de Autoayuda y el Tabaquismo".

Nulas:

1ª) El nivel del hábito de fumar no disminuirá, significativamente, en los sujetos participantes en el Taller de Autocontrol: "El Grupo de Autoayuda y el Tabaquismo".

2ª) Los niveles de ansiedad de tipo depresivo detectados en los sujetos muestra no disminuirán, significativamente, como consecuencia de la aplicación del Taller de Autocontrol: "El Grupo de Autoayuda y el Tabaquismo".

Variables

Independiente: Taller de autocontrol: "El Grupo de Autoayuda y el Tabaquismo"

Dependiente a): El hábito de fumar.

Dependiente b): Ansiedad de tipo depresivo.

Definición conceptual de las variables:

Independiente: Taller de Autocontrol del hábito tabáquico, instrumentado por medio de un grupo de Autoayuda:

Curso de autorregulación conductual, formado por un grupo de sujetos en apoyo mutuo, con el objetivo común de aprender didácticamente y mediante aprendizaje vicario, diversas técnicas que los capaciten para poder identificar y modificar, en la forma y dirección libremente elegidas, los elementos que provocan y sustentan su hábito de fumar (ver: Goldfried, 1973, p. 11, SSA y CONADIC, 1995D, p. 36, Vinogradov y Yalom, 1996, p. 42).

Dependiente a): Hábito de fumar.

La necesidad emocional compulsiva de un individuo, de fumar tabaco en forma de cigarrillos para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesario y su ausencia no desencadena síndrome de abstinencia (SSA y CONADIC, 1995C, p. 20).

Dependiente b): Ansiedad de tipo depresivo.

Decaimiento del ánimo, con una marcada reducción de la energía y disminución de la actividad. Deterioro de la capacidad de disfrutar, del interés y de la concentración; en el cual es frecuente un cansancio importante. Presenta disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil; el sujeto generalmente está tenso, pero, probablemente, estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades (ver: OPS, 1995, p. 320).

Definición operacional de variables:

Variable Independiente:

Curso práctico-didáctico con el objetivo de modificar las conductas y actitudes producto del hábito de fumar de los sujetos

integrantes de un grupo cerrado, mediante el aprendizaje y autoaplicación de diversas técnicas de autoobservación, autorregistro, planeación ambiental, dinámicas grupales, automotivación, reacondicionamiento físico y eliminación natural de toxinas, autocondicionamiento, autocontrol conductual, control de estímulos, utilización de recursos colaterales de apoyo al control, respiración, autorrelajación, autodeterminación, autogestión, asertividad, control alimenticio, autosugestión y expresión emocional, en un ambiente de participación dinámica y de mutuo apoyo.

Variable Dependiente a):

Suma aritmética del número de cigarrillos consumidos semanalmente por sujeto, que determina el nivel individual de habituación.

Variable Dependiente b): Considerada mediante el instrumento de medición sobre depresión de Lang y Tisher (1990, p. 32); la cual está constituida por las siguientes sub-escalas:

Ánimo-Alegría: Detectada por la subescala AA: Califica a través de 8 elementos, aspectos como: Ausencia de alegría, diversión, felicidad y su incapacidad para experimentarlas.

Respuesta Afectiva: Detectada por la subescala RA: Califica a través de 8 elementos, aspectos como: Estado del tono de los sentimientos.

Problemas Sociales: Detectada por la subescala PS: Califica a través de 8 elementos, aspectos como: Dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad.

Auto Estima: Detectada por la subescala AE: Califica a través de 8 elementos, aspectos como: Sentimientos, conceptos y actitudes con su propia estima.

Preocupación por la muerte/salud: Detectada por la subescala PM: Califica a través de 7 elementos, aspectos como: Fantasías en relación con su enfermedad y muerte.

Autopunición: Detectada por la escala SC: Califica a través de 8 elementos, aspectos como: Sentimientos de culpabilidad.

Instrumentos:

Instrumento a):

Cuestionario elaborado exprofeso para determinar el nivel del habito de fumar.

El cuestionario para recoger los datos registra; edad de inicio... número de cigarrillos consumidos al día... situaciones favorables y desfavorables... situaciones preferentes... motivación... situaciones extremas... urgencia. (Pardell, et al. 1996, pp.158-160).

Constituido por 35 reactivos, subdivididos para su calificación, en:

Siete reactivos de información estadística.

Ocho reactivos sobre los espacios de preferencia al fumar.

Catorce reactivos de condiciones emocionales preponderantes, asociadas al consumo de cigarrillos

Seis reactivos abiertos sobre actitudes respecto al hábito.

Criterio de calificación:

Nivel de habituación: Califica al resultado de la suma aritmética del número de cigarrillos consumidos durante los siete días de la semana, por cada sujeto en particular, como el 100% del nivel individual.

Instrumento b):

Adaptación al sentido laboral, exprofeso para el presente estudio, del Cuestionario de Depresión de Lang. M. y Tisher M. (1990).

Contiene 66 elementos en total; 48 son de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, se subdivide en 6 escalas depresivas y 2 positivas, además de una escala de depresivos general y otra de positivos general, para agrupar las calificaciones obtenidas en las subescalas anteriores.

Escalas depresivas:

- 1ª Respuesta afectiva (ocho elementos)
- 2ª Problemas sociales (ocho elementos)
- 3ª Autoestima (ocho elementos)
- 4ª Preocupación por la muerte/salud (siete elementos)
- 5ª Sentimientos de culpabilidad (ocho elementos)
- 6ª Depresivos varios (nueve elementos)

Escalas positivas:

- 1ª Ánimo alegría (ocho elementos)
- 2ª Positivos varios (diez elementos)

Criterio de calificación:

Para la calificación de cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos, en dirección del rasgo de depresión, desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo", en los elementos de tipo depresivo y desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" en los de tipo positivo. Se utiliza una plantilla para obtener las puntuaciones en bruto y se clasifican en cada una de las escalas de la prueba, que son cuantificadas en centiles y decatipos en una tabla de conversión, para su interpretación clínica en base al baremo seleccionado. Las características que se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar la prueba son:

Respuesta afectiva: Sentimientos de tristeza, desgracia y queja.

Autoconcepto negativo: Sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.

Disminución de la productividad mental y de los impulsos:

Aburrimiento, alejamiento, falta de energía, retraso motórico, descontento, poca capacidad para el placer, para aceptar la ayuda y todo lo que sea confortable.

Problemas psicossomáticos: Dolores de cabeza y abdominales, insomnio u otras perturbaciones del sueño.

Preocupaciones: Por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida real o imaginaria.

Problemas de agresión: Irritabilidad y explosiones de mal humor (Lang y Tisher, 1990, p. 23).

Escenario:

El presente estudio constó de doce sesiones, aplicadas en un salón-auditorio del espacio laboral de los sujetos muestra, dentro de un inmueble destinado para oficinas administrativas del IMSS en la ciudad de México, habilitado con un escritorio, pizarra y sillas móviles para cada miembro, con iluminación y ventilación adecuadas, contando con independencia respecto a ruido e interrupciones, donde un grupo cerrado regulado por un asesor que fungió como instructor-terapeuta, proporcionó al grupo las instrucciones, información y material que el programa requirió.

Diseño:

Se utilizó un diseño de un solo grupo con pretest-postest.

Tipo de estudio:

Estudio exploratorio cuasiexperimental de campo, aplicado en el espacio laboral de los sujetos muestra.

Muestreo:

Muestra no probabilística, estructurada por selección preferencial, en función a los requisitos del criterio de habituación al tabaco, sexo y a la carencia de problemas médicos o psicosociales exacerbados, tomada del particular universo de la población base de trabajadores de las oficinas del Nivel Central del IMSS.

Sujetos:

El grupo de Autoayuda se estructuró con 12 sujetos, 50% varones y 50% mujeres, con el fin de evitar variables de género que pudieran influir en la dirección y temática de las sesiones grupales, considerando que no se tomó en cuenta su representatividad respecto al incremento o decremento del hábito en cuanto a género. Los sujetos muestra se eligieron de los archivos del programa de Multidetección Clínica del departamento de Fomento a la Salud del IMSS, para trabajadores del Nivel Central de dicho Instituto y por convocatoria pública, seleccionándose aquellos que se les reportó como fumadores y que no presentaban, en su historial clínico, alguna enfermedad terminal o patología física extrema, ni antecedentes de hospitalización psiquiátrica, o síntomas claros de insuficiente contacto con la realidad, así como impulsividad o antecedentes criminales, ni crisis actual depresiva o rasgos seniles. Asimismo, se procedió a una entrevista individual para confirmar dichos datos, utilizando como criterio de adecuación psicológica de los sujetos "La evaluación de las funciones del yo" de Bellak (1993)², y homogeneizar el grupo, respecto a excluir a los fumadores de más de 20 cigarrillos al día, considerados de nivel adictivo y a la detección de factores familiares o económicos relevantes que pudieran influir significativamente en los aspectos

².-Se incluyeron los sujetos que calificaron dentro de los rangos "Neurótico y Normal", según el criterio tomado de la prueba de *Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak*. (Bellak, 1993, pp. 21-22).

depresivos individuales, sin ser parte de la estructura de la personalidad real de cada sujeto.

Procedimiento:

Para la formación del "Taller de Autocontrol del Hábito Tabáquico", se convocó a la población en general del universo particular descrito, y personalmente, a los sujetos reportados como fumadores en los archivos médicos del módulo de fomento a la salud para los trabajadores del Instituto.

De los sujetos inscritos se efectuó una preselección respecto al número reportado de cigarrillos fumados, en promedio, seleccionándose un número similar de hombres y mujeres, así como solo aquellos incluidos en los criterios preestablecidos.

Posteriormente se efectuó una entrevista individual para determinar la selección final y se procedió a conformar el grupo y el plan de trabajo.

Se aplicó un cuestionario (Pretest), dentro de la primera sesión del Taller, para determinar el nivel de habituación, así como para recabar información sobre aspectos individuales de preferencias y situaciones relacionadas con la habituación.

A continuación se aplicó el instrumento de medición de aspectos depresivos como pretest alternativo y se dio inicio al desarrollo de las 12 sesiones de dos horas de duración, cada una, que a continuación se describen detalladamente, donde se incluyen el origen teórico, las definiciones y procedimiento de las técnicas y ejercicios aplicados, pero solo como soporte bibliográfico y

aportación didáctica para los interesados, debiéndose resaltar que a los sujetos implicados en el desarrollo del Taller no se les dió todo el soporte teórico ni técnico, puesto que no era parte de los objetivos, a éstos solo se les proporcionó dicha información traducida a sencillas y prácticas instrucciones que pudieran ser aplicadas durante su autocontrol.

1ª SESIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
PRESENTACIÓN	1. PLANTEAR OBJETIVOS GENERALES 2. IDENTIFICAR A: MIEMBROS-MIEMBROS ASESOR-MIEMBROS	*DESCRIPCIÓN GLOBAL DEL TALLER *AUTOPRESENTACIÓN DE CADA MIEMBRO, MOTIVOS Y EXPECTATIVAS	10 MIN. 15 MIN.	*EXPOSITIVA *DINÁMICA GRUPAL DE LA TELARANA	*REVISAR MATERIAL DIDÁCTICO *INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA
PRE-EVALUACIÓN	1. DET. NIVEL DE HABITUACIÓN Y DE ASP. DEPRESIVOS 2. EXPECTATIVAS DEL GRUPO 3. CLASIFICAR A LOS INTEGRANTES	*APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS *EXPONER ANTE EL GRUPO DESEOS, FANTASÍAS Y LIMITACIONES *DET. ROLL DE CADA MIEMBRO	15 MIN. 20 MIN. ALTERNO	*CUESTIONARIO *CATARSIS MEDIATA *DET. POCO GRUPAL	*CONFIRMAR AUTOBSEVACIÓN *AUTOUESTIÓN DE LA EXPOSICIÓN *PROPUESTAS AL TALLER
EL TRABAQUISMO, MITOS Y REALIDADES	1. VALORAR CONCIENCIA GRUPAL DEL HÁBITO Y SUS EFECTOS 2. INFORMACIÓN OBJETIVA SOBRE EL HÁBITO	*EXPOSICIÓN ABIERTA RESPECTO AL FUMAR, ACTITUDES Y CREENCIAS *DEPURAR INFORMACIÓN, DET. CONDUCTAS Y VARIABLES	20 MIN. 15 MIN.	*EXPOSITIVA *INTEROGATORIO *EDUCATIVA	*DOCUMENTARSE *AUTOBSEVAR *REVISIÓN MÉDICA
RELAJACIÓN SUGESTIÓN	1. INTRODUCCIÓN A LAS TÉCNICAS BÁSICAS, APLICACIONES Y LIMITACIONES	*EJERCICIOS DE TENSION-RELAJACIÓN DEL TONO MUSCULAR Y AUTOSUGESTIÓN	25 MIN.	*DEMOSTRATIVA *EDUCATIVA *DISTRACCIÓN	*DEPURACIÓN DE EJERCICIOS PRÁCTICOS

1ª SESIÓN

TEMA: Presentación

Objetivos 1: Planteamiento de los objetivos generales del taller.

- El abandono del tabaquismo por parte de quienes ya fuman.
- El evitar que inicien a fumar quienes se proponen hacerlo.
- La normalización del medio ambiente para todos.

Para el logro de estos objetivos generales, se consideraron algunos factores que suelen ser la base fundamental de la adquisición y permanencia del hábito de fumar, ejemplo:

-Desconocimiento de los daños por el abuso, o porque éstos se presentan a muy largo plazo.

-Poca prevención en la educación y en la adquisición del hábito.

- Su asociación con experiencias de placer.
- La accesibilidad de compra.
- La asociación a valores sociales.
- La permisibilidad social.
- La existencia de factores psicológicos coadyuvantes.

Con base a todos estos elementos se concluyó que el éxito que tuviera un fumador que se planteara la renuncia o modificación de su hábito, dependería en gran parte de:

-La correcta información que tenga respecto a su hábito y las consecuencias implícitas.

-La percepción de la amenaza que representen para él los efectos dañinos que le ocasiona el fumar.

-Lo útil que le sea seguir fumando.

-Las influencias del medio ambiente que favorezcan u obstaculicen sus esfuerzos por modificar su comportamiento.

En resumen, los objetivos del "Taller de Autocontrol del Hábito Tabáquico" se conformaron solo en función a los aspectos claves que los integrantes requirieron para desmembrar los cimientos de su habituación, en la consideración de la dificultad que implicaría abarcar todo el cúmulo de elementos que rodean a la implantación, mantenimiento y evolución de dicho comportamiento.

Estos objetivos fueron:

-Proveer a los integrantes de la información objetiva y necesaria para un conocimiento básico respecto al tabaquismo, sus efectos y consecuencias.

-Crear en cada uno de los integrantes la conciencia de su habituación, su nivel de desarrollo y los elementos circundantes, tanto propiciadores como plausibles de modificación.

-La capacitación en diversas técnicas práctico-dinámicas, de utilidad para el logro de un autocontrol conductual.

-La integración grupal que sirviera de soporte psicológico, guía del aprendizaje vicario, sistema de comunicación y expresión emocional, así como de plataforma del proceso de análisis y de maduración.

-La responsabilidad de cada integrante, basada en la autocapacitación para el logro de la disminución de su habituación.

Actividades: Descripción general del taller.

El asesor llevó a cabo una descripción global respecto al contenido y desarrollo del total de sesiones que se resume de la siguiente manera:

1ª Sesión: Presentación, objetivos generales, identificación grupal, información médico-psicoeducativa respecto al hábito, dinámica grupal de integración, introducción a la automotivación, a la relajación de tono muscular y a la expresión emocional.

2ª Sesión: Dinámica de trabajo grupal, introducción a la autoobservación, el autorregistro, planeación ambiental, control de estímulos, autodeterminación, relajación, respiración y autosugestión.

3ª Sesión: Planificación del autocontrol, del autocondicionamiento, de recursos colaterales de apoyo y reacondicionamiento físico y eliminación natural de toxinas, del control alimenticio, autogestión, autodeterminación, autocompromiso, dinámica terapéutica grupal.

4ª Sesión: Dinámica grupal del "aquí y ahora", inicio de la aplicación del autocontrol conductual, ampliación de técnicas de respiración, autosugestión y relajación, asertividad y expresión emocional, autoevaluación de actitudes, incapacidades y logros, revisión integral del aprendizaje y planeación de cada miembro.

5ª, 6ª, 7ª y 8ª Sesiones; revisión práctica y evaluativa grupal, dinámicas interactivas de expresión emocional, de anticipación al finiquito, de catarsis útil y análisis terapéutico.

9ª, 10ª, 11ª y 12ª Sesiones terapéuticas de análisis, autoevaluación y concientización de la necesidad de independencia.

Técnica: Expositiva.

Tareas: Revisar material didáctico respecto al hábito y sus consecuencias (se les proporcionó parte del material incluido en los capítulos II, III y IV del presente estudio).

TEMA: Presentación

Objetivos 2: Identificar al grupo con el asesor e identificar a los miembros entre sí.

Actividades: Autopresentación de cada miembro, expresando sus motivos y expectativas respecto al Taller.

Técnica: Dinámica grupal de "La telaraña":

El asesor ordena al grupo en un círculo donde cada uno de los sujetos, incluyéndose él, puedan verse de frente. A continuación toma una bola de estambre sosteniendo la punta de ésta e inicia su autopresentación, dando su nombre, ocupación y los motivos por los que se encuentra en la reunión, su actitud y comentarios se dirigen a propiciar que los demás miembros del grupo perciban un ambiente de confianza para que puedan expresar abiertamente sus puntos de vista. Al terminar su autopresentación, arroja la bola a cualquier otro participante, sin soltar la punta del estambre, incitando al sujeto elegido a realizar su autopresentación, al término de la cual, éste continuará con el mismo procedimiento y así sucesivamente, hasta que todos participen retornando la bola de estambre al asesor, el cual la devuelve en la misma dirección que la recibió,

tendiendo a desenredar la telaraña formada por el estambre después de repetir el nombre del último sujeto o de cada uno de los miembros, y agradecer su participación o pormenorizar los datos obtenidos de su o sus presentaciones, motivando a quien le sea devuelto el estambre a hacer lo mismo hasta concluir con cada uno de ellos. (Adecuación de la "Almohadilla" de Perls, F., ver: Zinker, 1995, pp. 138-141).

Tareas: Recomendación de lecturas informativas respecto al tabaquismo (Ruiz y Rico, 1990, García L., 1990, Cotte, 1987).

TEMA: Pre-evaluación

Objetivos 1: Determinar el nivel de habituación de cada uno de los integrantes y obtener información general sobre situaciones, lugares y actitudes predominantes en torno al fumar, a través del cuestionario estadístico, así como los niveles de los aspectos de ansiedad de tipo depresivo clasificados por las escalas del instrumento psicológico de medición.

Actividades: Aplicación de los cuestionarios (Pretest).³

Técnica: Aplicación grupal de cuestionarios.

Tareas: Con base al análisis de los ítemes de los cuestionarios aplicados, cada sujeto confirma si es correcta su propia autoevaluación o si requiere de una auto-observación mas detallada.

³.- Para mayor información sobre los cuestionarios véase el anexo.

TEMA: Pre-evaluación

Objetivos 2: Determinar expectativas del grupo respecto al taller y sus logros, colateralmente al aprendizaje práctico-dinámico del formato de las sesiones.

Actividades: Cada uno de los miembros expuso, públicamente, sus deseos, fantasías, capacidades e incapacidades, intentos previos, temores, expectativas de logro, estado emocional actual etc., pudiendo ser abordado por el asesor para hacerle comentarios de apoyo, comprensión o tranquilidad, así como para regular la dirección y temática de la sesión, evitando discusiones intrascendentes o fuera de foco.

Técnica: Catarsis mediata: Método de intervención terapéutica, que consiste fundamentalmente en expresar al paciente proposiciones con una carga emocional, tendientes a la identificación y proyección de la imagen del terapeuta como una parte más benigna del "Superyó" (Ackerman, y Engel, 1993, pp. 37-38).

Tareas: Autocuestionamiento de la exposición.

TEMA: Pre-evaluación

Objetivos 3: Clasificar a los integrantes en función a la dinámica de presentación y a la sesión misma, para determinar su adecuación al taller y al grupo, detectando actitudes cooperativas, de rebeldía, de sumisión etc.

Actividades: El asesor determinó el probable Rol de cada miembro, con el objetivo de prever la exclusión de los sujetos, que en base a los criterios previos, limiten la integración grupal o el

logro de los objetivos del taller, y en caso contrario, para planificar el manejo de los roles en función a dicha integración.

Técnica: Detección del foco grupal y determinación de los roles de los miembros del grupo.⁴

Tareas: Proponer posibles modificaciones al contenido y formato del taller (propósito: detectar exparticipantes fallidos de terapias similares que no se reportaron como tales, tratando de evitar variables no contempladas).

TEMA: El tabaquismo, mitos y realidades

Objetivos 1: Valorar la conciencia de los miembros del grupo respecto de su hábito y los efectos del fumar sobre la salud y su entorno.

Actividades: Exposición grupal regulada por el asesor para la expresión de los motivos, antecedentes, creencias, suposiciones, experiencias, síntomas, efectos y consecuencias, respecto al hábito de fumar.

Técnica: Interrogatorio, Expositiva ("Expresión catártica de emociones asociadas a situaciones de estrés y tensión emocional".

Kolb, 1983, pp. 735-736).

⁴.-Definiendo Foco grupal como: La constelación de defensas y ansiedades que configuran la relación de objeto prototípica del grupo en su conjunto (ver: Ávila y Poch, 1994, p. 486).

Definiendo Rol como un modelo organizado de conductas, relativo a una determinada posición del individuo dentro de un conjunto interaccional. Dentro de las tres características señaladas por Didier (1980, pp. 157-160), que son: a) Los que favorecen la actitud del grupo en relación con sus objetivos; b) Los que forman, mantienen o refuerzan la cohesión; c) Los que constituyen un obstáculo para las funciones precedentes.

Tarea: Seguimiento a la auto-observación y documentación en lecturas sugeridas (Gimeno, et al. 1990. García, 1990).

TEMA: El tabaquismo, mitos y realidades

Objetivos 2: Proporcionar la información médico-psicológica, objetiva y documentada, sobre los aspectos generales del hábito y determinar las variables conductuales y ambientales propicias a modificación o control.

Actividades: El asesor expuso un resumen del análisis documentado del tema en cuestión, proporcionando la información más actualizada posible sobre los factores que propician la adopción del hábito, su evolución, permanencia y consecuencias, tanto para la salud como para el medio ambiente, incluyendo los aspectos psicológicos implicados, tanto en el proceso de habituación, como en el de autocontrol, definiendo las conductas blanco y las variables preponderantes que se planearon modificar.

Técnica: Educativa: "Con base al enfoque cognoscitivo, se utiliza una orientación hacia la enseñanza de habilidades generales, para que el sujeto pueda enfrentar situaciones similares posteriores, por sí mismo" (Ackerman y Engel, 1993, p. 38).

Tarea: Se propuso la revisión médica de cada integrante, a través de los servicios de multidetección del módulo de fomento a la salud, con el objetivo de corroborar el estado de salud prerreportado y reducir la probabilidad de actitudes hipocondriacas como resultado del manejo de la información respecto a los efectos del hábito en el organismo.

TEMA: Relajación-Sugestión

Objetivos: Introducir a los sujetos en las técnicas básicas de relajación y sugestión, sus aplicaciones, su utilidad, propósitos y limitaciones.

Actividades: Exposición práctica-educativa de los fundamentos teóricos y ejercicios prácticos, basados en las técnicas de relajación y de sugestión de Stokvis y Wiesenhütter (1983), de Chertok (1992) y Jacobson (1973).

Las técnicas de relajación (ver: Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995, p. 371) consistieron en una desensibilización del sistema límbico o de sus aferentes simpáticos, la cual se consiguió mediante una reducción de la activación propioceptiva muscular, o mediante una reducción de la activación cognoscitiva, en especial la más directamente ligada a estados y respuestas emocionales, dado que todo movimiento y actitud es resultado de la distribución de tensión y distensión alternas entre sí, de tal forma, que por ejemplo, las sensaciones de desagrado y las depresiones van acompañadas de relajaciones musculares que no corresponden a una quietud interior, sino a una intranquilidad, que aumenta las tensiones normales de descanso y por ello se expresa en una pérdida de tensión.

En la ira, por ejemplo, la tensión es expansiva, en el enfado es inquieta, en la alegría hay una tensión elástica, en el terror la tensión es propiamente un entumecimiento, por lo que hay que percibir las direcciones corporales de la tensión, en relación al movimiento afectivo.

Por lo que definimos el estado de relajación como una modificación de la distribución de la tensión corporal y de las correspondientes formas de experiencia, y como un desplazamiento de los contenidos de la conciencia, tendientes al autodomínio activo de carácter autosugestivo en forma de resonancia afectiva, creando un lazo indivisible entre relajación y autosugestión.

El proceso consistió en dar a la conciencia un contenido con base a las percepciones y a las emociones, que pudiera ser sugerido al sí mismo, buscando una modificación del contenido previo, o un cambio de actitud, tal como se lo ha representado el yo.

Ésta representación estuvo afectivamente materializada e implementada por ejercicios repetitivos, tendientes a evitar la tensión física, volutiva y de la atención.

Ejercicios:

Por medio de sugerencias verbales monótonas y repetitivas, el asesor indujo al sujeto muestra, quien permaneció sentado en una posición relajada con los brazos extendidos a los extremos y las piernas sueltas al frente, a eliminar de su atención todo estímulo que fuera ajeno al proceso terapéutico.

El procedimiento continuó hasta que el campo de percepción consciente del sujeto se limitó sólo a obedecer sencillas instrucciones, consistentes en tensar grupos de músculos desde la cabeza hasta los pies, hasta alcanzar su máxima tensión y lentamente se redujo ésta, hasta lograr una distensión máxima. El asesor determinó, con base al cumplimiento de éstas instrucciones, si las defensas básicas del sujeto habían sido inhibidas.

A continuación se sugirió, utilizando el mismo tono y forma, dirigir la atención del sujeto a la percepción interna, más profunda posible, del estado de tensión y distensión de las zonas ejercitadas, induciéndolo a lograr una relajación muscular más allá del efecto físico real.

Las sugerencias verbales repetitivas y monótonas fueron ejecutadas, a continuación, por el sujeto para sí mismo, pero dirigidas a la automotivación para el logro de aspectos como: Elevación de la autoestima, reducción del número de cigarrillos que suele fumar, participación activa en las modificaciones ambientales, abandono de influencias nocivas, abandono de ideas punitivas etc.

Ejercicios básicos: El objetivo fue aprender a identificar las señales fisiológicas provenientes de los músculos cuando están en tensión, y posteriormente, al identificarlas poner en marcha las habilidades aprendidas para reducirla (ver: Jacobson, 1973).

Ejemplos: (Labrador et al., 1995, p. 376)

- Apretar fuertemente el puño... abrir la mano.
- Doblar la mano por la muñeca echando hacia atrás el puño... volver a la posición inicial.
- Doblar la mano por la muñeca echando hacia adelante el puño... volver a la posición inicial.
- Tensor el antebrazo identificando la tensión en la zona superior... aflojar el antebrazo.
- Tensor la frente levantando las cejas... dejar caer las cejas.
- Tensor la frente frunciendo el entrecejo... dejar caer las cejas hacia los lados y hacia abajo.

Movimientos de cabeza (Balaskas, 1987, pp. 53-58):

-Oprima con los dedos el cuello y su base, e intente estos movimientos:

1. Deje caer la cabeza hacia adelante.
2. Lleve atrás la cabeza tanto como sea posible.
3. Lleve una oreja u otra cerca de uno u otro hombro.
4. Ponga el mentón cerca de uno u otro hombro.
5. Haga girar la cabeza en el sentido de las agujas del reloj y en sentido contrario.

Cintura y brazos:

1. Alce el brazo derecho hasta la vertical y con la otra mano oponga resistencia al descenso de aquel brazo, posteriormente, hágalo a la inversa.
2. Contraer y estirar al máximo los siguientes músculos, mientras los hombros están en reposo: Trapecio, romboides, angular del omoplato, deltoides, subescapular debajo del omoplato, supra e infraespinoso y redondos.

Caderas:

1. Siéntese con las piernas tendidas hacia adelante y levante la derecha, oponiendo con ambas manos resistencia al movimiento, hágalo similarmente con la otra pierna.
2. Tiéndase de espaldas con las piernas separadas contra la pared y una los pies, oponiendo resistencia con las manos a este movimiento.
3. Tiéndase de espaldas, alce la piernas y oponga resistencia al movimiento de bajarlas. Mantenga las manos ahuecadas, en forma de copa, contra la parte trasera y superior de los muslos.

La pelvis:

1. Siéntese con las piernas extendidas hacia adelante y lleve la pierna izquierda hacia el lado derecho, oponiendo resistencia con la mano derecha, haga lo mismo con la otra.

Los pies:

1. Siéntese con las piernas tendidas frente a usted, oponga resistencia con la mano al movimiento de llevar el pie hacia atrás en dirección de la pierna. A continuación oponga resistencia a la flexión de plantar el pie, es decir, la flexión hacia los dedos de los pies, hágalo con ambas extremidades.

Técnica: Educativa. Práctico-Demostrativa. (Basados en el aprendizaje y realización de los ejercicios dados).

Distracción: "Estrategia terapéutica de tipo conductual-cognoscitivista, que consiste en proporcionar al paciente ansioso un medio para controlar su ansiedad, al apartar su atención de pensamientos e ideas relacionadas directamente con ésta" (Labrador et al., 1995, p. 173).

Tareas: Depuración práctica y repetitiva de los ejercicios aplicados.

2ª SESIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
ENCUADRE GRUPAL	1. IDENTIFICAR LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO GRUPAL 2. INTEGRACIÓN DE GRUPO	*DINÁMICA DE JUEGO DE MODOS *REFLEXIÓN SOBRE LA DINÁMICA GRUPAL *SESIÓN TERAPÉUTICA	15 MIN. 20 MIN.	*DINÁMICA DE INTERACCIÓN *EXPOSITIVA *LLUVIA DE IDEAS *PSICODINÁMICA GRUPAL	*ENSAYO DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL
AUTOBSERVACIÓN, AUTOMONITOREO, AUTORREGISTRO	1. IDENTIFICAR CONDUCTAS BLANCO, SITUACIONES Y LUGARES TIPO 2. CUANTIFICAR Y REGISTRAR CONDUCTA BLANCO	*ELABORACIÓN DE REGISTROS *LLENADO DE FORMATOS	15 MIN. 15 MIN.	*LLUVIA DE IDEAS *DEMOSTRATIVA	*PLANEACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE AUTORREGISTRO *REALIZACIÓN DEL PROGRAMA
PLANEACIÓN AMBIENTAL CONTROL DE ESTÍMULOS	1. IDENTIFICAR Y REGULAR VARIABLES DETERMINANTES 2. MODIFICAR EL ENTORNO	*REGISTRO Y CLARIFICACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS TIPO *PLANEACIÓN DE MODIFICACIONES AMBIENTALES	15 MIN. 10 MIN.	*EXPOSITIVA *LLUVIA DE IDEAS *DISCUSIÓN DIRIG. *CATARSIS MEDIATA	*ENSAYO DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL *TOMA DE DECISIONES *APLICACIÓN DE LA PLANEACIÓN
LA RESPIRACIÓN, AUTOSUGESTIÓN Y RELAJACIÓN	1. AMPLIAR HORIZONTES DE RELAJACIÓN 2. ANÁLISIS Y MANEJO DE LA SUGESTIÓN 3. RESPIRACIÓN CORRECTIVA	*EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y CONCENTRACIÓN *EJERCICIOS DE SUGESTIÓN *EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN ADECUADA	30 MIN.	*PRÁCTICA DEMOSTRATIVA *EXPOSITIVA *EDUCATIVA	*INTEGRACIÓN DE EJERCICIOS Y TÉCNICAS APRENDIDAS

2ª SESIÓN

TEMA: Encuadre grupal

Encuadre grupal (*Setting*): "Es la estructura, continente o configuración, de los recursos y condiciones que delimitan el campo de las sesiones terapéuticas" (Pérez, 1996, p. 60).

Las características técnicas que implica son:

a) El tamaño del grupo. b) La capacidad del espacio grupal (la capacidad del grupo, incluido el asesor, para realizar una función de contención de las experiencias que tengan lugar en el seno del grupo). c) La información necesaria a los integrantes, respecto a cómo funciona una sesión terapéutica. d) Tiempo de duración de las sesiones y períodos de descanso (ver: Pérez, 1996, pp. 140-143).

Objetivos 1: Identificar la importancia del trabajo en grupo y el análisis de la actitud de cooperación, en la resolución de un problema, bajo la presión de un estrés (la premura del tiempo).

Actividades: Dinámica grupal del "Juego de mudos".

Previamente a la sesión se elaboraron un número de cuadros en cartón blanco, igual al número de participantes. Todos los cuadros de las mismas dimensiones (10cm. x 10cm.).

Cada cuadro se recorta en tres partes de distinta figura, pero de igual dimensión, procurando dividir cada cuadro de diferente forma.

A cada participante se le entregan tres piezas diferentes en un sobre cerrado, de tal forma que ninguno de los lotes de piezas, forme uno de los cuadros correctos.

Reglas del juego: Colocarse en derredor de una mesa, esperar la señal del asesor para abrir los sobres. Cada miembro debe reconstruir un cuadro y todos deben de ser similares, los jugadores no deben hablar o hacer señas durante el ejercicio, ningún jugador debe arrebatarse piezas, ni dar a entender a sus compañeros que necesita una pieza determinada, si un jugador no puede aplicar una pieza a su figura, debe ponerla en el centro de la mesa, cada jugador solo puede adueñarse de aquellas piezas que se han dejado en el centro de la mesa, el vencedor es aquel que forme primero su cuadro y la tarea termina cuando cada jugador tiene ante sí un cuadro completo.

Técnica: Dinámica de interacción grupal para la resolución de un problema (Kirsten y Müller-Schwarz, 1976, pp. 38-39).

Tareas: Ensayo de modificación conductual:

Se practicarán las habilidades, conductas y cuestionamientos implicados en la dinámica, para que los sujetos desarrollen la detección y evaluación de los pensamientos automáticos que se dieron en la sesión práctica, con el objetivo de desarrollar su capacidad a involucrarse en situaciones y conductas, antes evitadas, en la resolución de tareas (Ackerman y Engel, 1993, p. 172).

TEMA: Encuadre grupal

Objetivos 2: Promover la integración de grupo.

Actividades: Reflexión sobre la dinámica de resolución grupal de problemas, e introducción a las sesiones terapéuticas.

El asesor propuso al grupo la discusión sobre los factores que favorecieron e impidieron la resolución del problema, así como los sentimientos y formas de comportamiento que se dieron durante la sesión, para posteriormente hacer una comparación de coincidencia, entre las emociones y vivencias experimentadas durante el juego con las similares experiencias y vivencias de aquellos que colaboran en el trabajo cotidiano. La temática se dirigió a la valoración de las actitudes de cooperación, en función a su importancia como factor integrador del grupo en la resolución de problemas comunes, en la carencia de líder, en la necesidad de comunicación objetiva y retroinformación clara, etc. El asesor llevó a cabo las intervenciones e interpretaciones pertinentes, para concientizar a los sujetos de su papel dentro del grupo y del grupo en relación a la resolución del particular problema de cada integrante.

Puntos de detección del nivel de solidaridad del grupo:

- Examinar la estructura del grupo.
- Detectar quienes detentan posiciones de poder y cuales son sus objetivos.
- Examinar la intimidad del grupo.
- Comprobar el grado de sinceridad del grupo.
- Examinar el tópico de las conversaciones, en función a los objetivos.

-Determinar la fase de desarrollo del grupo: a) conflicto, b) adaptación, c) desacuerdo, d) acuerdo.

-Identificar en cada miembro los puntos individuales respecto al grupo: a) identidad, b) papel a desempeñar, c) aspiraciones extras a satisfacer, d) expectativas de modificación y adaptabilidad.

Técnica: Expositiva.

Lluvia de ideas: (*Brainstorming* de Guy Serraf, ver: Didier, 1980, pp. 204-209): Se propone al grupo la actitud libre en la creación espontánea de ideas, evitando el control de criterios exteriores o de coherencia interna, dejando funcionar la imaginación, posponiendo el análisis crítico de las ideas propuestas para una fase posterior. Se alienta la asociación libre, sin la aplicación de censura alguna y la recepción espontánea de las producciones ajenas, descartando todo espíritu de crítica.

Interpretación: "Proceso por el cual el terapeuta ayuda al paciente a entender el significado de sus fenómenos mentales y de su conducta" (Kolb, 1983, p. 727).⁵

Tareas: Ensayo de modificación conductual.

⁵.-Considerando la aplicación de la técnica interpretativa dentro de la concepción de la relación existente entre el proceso simbólico imaginativo interior y la formulación del pensamiento comunicable lógico, con el objetivo de dar a los sujetos la posibilidad de desarrollar libremente el juego creador de imágenes, previo al pensamiento conceptual, e inducirlos a alcanzar el nivel de comprensión y formulación verbal correspondiente al pensamiento comunicable, cuando el proceso dinámico interno creador ha alcanzado el punto en que su formulación es necesaria y útil (ver: Reca, 1976, pp. 258-293).

TEMA: Auto-observación, Automonitoreo, Autorregistro

Auto-observación: "Procedimiento en modificación de conducta, que consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión, a través de algún procedimiento previamente establecido" (Labrador et al., 1995, p. 136).

Automonitoreo: "Evaluación o registro de la propia conducta" (Kazdin, 1996, p. 436).

Autorregistro: "Recopilación sistemática de informaciones relativas a las acciones o conductas de sí mismo, con el objetivo de adoptar decisiones sobre su modificación, mediante la discriminación, cuenta, representación gráfica y evaluación de las conductas blanco" (Thoressen y Mahoney, 1981, pp. 212-213).

Objetivos: Identificar conductas blanco (a modificar), situaciones y lugares prevalecientes en relación con el fumar.

Valorar, cuantificar y registrar conductas y variables asociadas al hábito.

Actividades: Se instruyó a los sujetos en la elaboración de diversos modelos tácticos-ilustrativos, para incrementar su capacidad de discriminar pautas y causas de la propia conducta habitual y la determinación de las variables externas y sus efectos sobre dicha conducta. Se dictaron los pasos a seguir en la identificación y registro, basados en los modelos propuestos y se ejemplificó el llenado de los formatos. Se implicó al grupo en la proposición de nuevos modelos, individualmente funcionales, con el

objetivo de incrementar la actitud participativa y de una mayor eficiencia en la elaboración de registros.

Técnica: Lluvia de ideas y demostración práctica del llenado de formatos.

Tareas: Planear, individualmente, un programa funcional de autorregistro e iniciar su aplicación para la determinación de los aspectos conductuales y ambientales plausibles de control o modificación.

TEMA: Planeación ambiental

Planificación del ambiente: "El individuo planifica y pone en práctica, cambios en los factores situacionales pertinentes, antes de ejercer una conducta orientada hacia un objetivo" (Thoresen y Mahoney, 1981, p. 36).

Objetivos: Ayudar a los sujetos a comprender de un modo más objetivo su comportamiento, a apreciar valorativamente su ambiente, a identificar detalladamente las consecuencias de éste y a reconocer las relaciones funcionales entre sus acciones y los eventos ambientales consecuentes y antecedentes para el logro de la manipulación y control de las determinantes de su hábito.

Actividades: El asesor instruyó a los sujetos en la detección de las conductas tipo y de las variables del entorno facilitadoras del hábito, asimismo en la planeación individual para la alteración deliberada de los estímulos ambientales, con el objetivo de interrumpir la secuencia comportamental cuando todavía es baja la probabilidad de ejecutar la respuesta meta, asimismo, en la

supresión de estímulos físicos que sirvan como estímulos discriminativos para la respuesta indeseada.

A continuación se promovió una sesión participativa, en la que cada integrante ejemplificó los aspectos circunstanciales, sociales, promocionales y físicos, que particularmente le son facilitadores de la conducta de fumar, proponiendo cada sujeto ideas y soluciones prácticas, tanto para su detección como para su manejo, en pos de una regulación consciente.

El asesor dirigió y reguló la discusión, en torno a la expresión emocional y catártica, de los afectos implicados en la toma de conciencia de la disponibilidad individual y de la imposibilidad de control del entorno y de su influencia en las relaciones comportamentales e interpersonales, particulares de cada sujeto.

Técnicas: Expositiva, lluvia de ideas, discusión dirigida, catarsis mediata.

Tareas: Estructuración individual de un plan de regulación ambiental y ensayo conductual.

TEMA: Control de estímulos

Control de estímulos: "Alteración de los estímulos, que influyen sobre la puesta en práctica, de las conductas por modificar" (Thoresen y Mahoney, 1981, p. 37).

Objetivos: Identificar los factores que influyen sobre la conducta y organizar la restricción gradual de las condiciones en que se permite y facilita la ocurrencia del comportamiento

inapropiado y determinar su probable modificación, para provocar los cambios deseados.

Actividades: El asesor instruyó a los sujetos sobre la planificación de modificaciones ambientales, dependiendo del estilo de vida de cada uno y del estado físico, social y situacional individual en su entorno particular, para la aplicación práctica y sistemática de un programa de cambios funcionales, basados en los principios de las técnicas que a continuación se resumen:

Programación conductual: "Estrategia que implica consecuencias autoaplicadas, después de producirse la respuesta deseada" (Thoresen y Mahoney, 1981, p. 37).

Consecuencias autoaplicadas: "Se efectúan cambios en el ambiente del sujeto, que siguen en vez de preceder a la conducta a modificar" (Thoresen y Mahoney, 1981, pp. 43-44).

Aprendizaje dirigido: "Variables que afectan la tasa de respuestas autorreforzantes" (Kanfer y Phillips, 1980, p. 506).

Aprendizaje sustitutivo: "Examen de los efectos del moldeamiento" (p. 506).

Tentación: "Variables que afectan la autoadministración de recompensas, contrario a la sanción social" (p. 506).

Sensibilización Cubierta: "Se entrena al sujeto para que se presente a sí mismo estímulos aversivos imaginarios, tan pronto como se aproxime la tentación de ejecutar la respuesta indeseada" (p. 506).

Técnica: Educacional y de autoevaluación comportamental, en el medio ambiente particular de cada uno de los sujetos, con base al autorregistro y automonitoreo previamente llevados a cabo.

Tareas: Toma de decisiones respecto al proyecto de modificación ambiental. Aplicación individual de la planeación.

*TEMA: La respiración, autosugestión
y relajación*

Objetivos: Evaluar tareas sobre la relajación y sugestión, ampliación de ejercicios y técnicas de relajación. Identificación y manejo de la sugestión. Análisis de la respiración y aprendizaje teórico-dinámico de ejercicios de respiración correctiva.

Actividades: El asesor convocó al grupo a la demostración evaluativa de los ejercicios indicados como tarea, para su depuración y se instruyó didácticamente al grupo respecto al análisis fisio-anatómico de la respiración, para introducir a los sujetos al conocimiento de los procesos implicados en la respiración correctiva y a los ejercicios correspondientes que se detallan íntegramente a continuación: (Tomado de Davis, McKay y Robins, 1986, pp. 80-88).

LA RESPIRACIÓN:

La respiración es esencial para la vida. Una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. Aunque, por supuesto, todos respiramos, muy pocos conservan el hábito de la respiración natural, completa, que experimenta un niño o un hombre en estado salvaje.

Veamos con algún detalle qué elementos intervienen en ésta importante función del organismo. Cuando inspiramos, el aire

penetra por la nariz a nivel de las ventanas nasales y es calentado a este nivel por la membrana mucosa, denominada pituitaria roja, la cual tapiza éstas cavidades por dentro. A la vez, glándulas secretoras de "mucus" lo humedecen y retienen las partículas nocivas que pudiera contener, en lo que colaboran los pelillos que aparecen a la entrada de las ventanas. estas partículas son eliminadas en la siguiente espiración.

El diafragma, músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal, colabora en la respiración de forma importante, sobre todo en la fase de inspiración. Así este músculo que posee en reposo forma abovedada, pasa a la forma casi plana cuando se contrae, con lo que la cavidad torácica aumenta de volumen, posibilitando la entrada de aire a los pulmones.

Cuando el diafragma se relaja, los pulmones se contraen y el aire es expulsado al exterior, aunque puede aprenderse a actuar de forma voluntaria sobre este músculo, sus mecanismos de regulación son principalmente automáticos.

Los pulmones están formados por bronquios a través de los cuales se transporta el oxígeno del aire a las venas y a las arterias. Cuando la sangre sale de los pulmones a través de las arterias, tiene un color rojo brillante debido a su alto contenido en oxígeno (aproximadamente el 25%), esta sangre es bombeada por el corazón a través de las arterias y de los capilares, llegando de este modo a todos los órganos y tejidos.

A medida que la sangre va aportando el oxígeno y captando los productos de desecho de las células, va cambiando de color y adquiriendo el color azulado típico de las venas. De esta forma, llega al lado derecho del corazón desde donde sale de nuevo hacia los pulmones, distribuyéndose por los millones de capilares. Cuando el oxígeno inspirado se pone en contacto con esta sangre venosa, que contiene los productos de degradación de las células, se produce una reacción por la cual las

células toman el oxígeno y liberan dióxido de carbono. Una vez que la sangre se ha purificado, vuelve al lado izquierdo del corazón desde donde se distribuirá de nuevo por todo el organismo.

Cuando la cantidad de aire que llega al pulmón es insuficiente, la sangre no puede oxigenarse, es decir no puede purificarse adecuadamente y los productos de degradación de las células, que deberían expulsarse de la circulación, van intoxicando lentamente nuestro organismo.

Cuando la sangre no recibe suficiente oxígeno se vuelve azulada y los distintos órganos y tejidos se quedan desnutridos y deteriorados. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía mas difícil de superar. Unos hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental.

En el mundo occidental, es relativamente reciente el conocimiento de la importancia que tienen unos hábitos respiratorios correctos. Sin embargo, en oriente y en la india, desde hace siglos, los ejercicios de respiración han constituido una parte integral del desarrollo mental, físico y espiritual del individuo.

Cuando occidente ha intentado alcanzar a los países orientales en el entendimiento y en la utilización del control de una respiración correcta, ha tomado prestadas muchas de las enseñanzas del yoga. La misión fundamental de todo yoga es proporcionar el control del cuerpo y de la mente mediante la autodisciplina.

Los tres primeros ejercicios de este capítulo, son técnicas americanas sencillas heredadas de los orientales, mientras que los ejercicios cuatro al once son ejercicios de yoga desarrollados y depurados en la india durante cientos de años.

SÍNTOMAS SOBRE LOS QUE ACTÚA

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga. Se utilizan en el tratamiento y la prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración superficial y la frialdad de las manos y de los pies.

TIEMPO DE ENTRENAMIENTO

Mientras que un ejercicio puede aprenderse en cuestión de minutos y experimentar los resultados de forma inmediata, puede ser que los efectos profundos del ejercicio no se aprecien plenamente, hasta después de varios meses de practica persistente. Una vez que haya intentado los ejercicios de este capítulo, elabore un programa eligiendo aquellos que le resulten mas beneficiosos y sígalos con paciencia y constancia.

RESPIRACIÓN PROFUNDA

- 1.- Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la mas recomendable es la que describimos a continuación: Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Doble las rodillas y separe los pies unos 20 cm. dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.
- 2.- Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.
- 3.- Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
- 4.- Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre el tórax, se moverá solo un poco y a la vez que el abdomen.
- 5.- Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto 4, sonría un poco, inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se

relajaran. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración, a medida que va relajándose más y más.

6.- Continúe con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas, hasta alcanzar los 20 minutos.

7.- Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más, en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio, con la que sentía al iniciarlo.

8.- Una vez que se sienta familiarizado con la forma de respiración que se describe en el punto 4, practíquela siempre que le apetezca, tanto si está sentado como si está de pie. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.

9.- Cuando haya aprendido a relajarse mediante la respiración profunda, practíquela cada vez que note que va a ponerse tenso.

LA RELAJACIÓN MEDIANTE EL SUSPIRO

Probablemente se sorprenderá suspirando o bostezando varias veces al día.

Esto, generalmente, es signo de que no toma el oxígeno que necesita y es mediante el suspiro y el bostezo que el organismo intenta remediar esta situación de hipoxia. El suspiro se acompaña, normalmente, de la sensación de que algo anda mal, así como de ansiedad, sin embargo libera algo de tensión y puede practicarse como medio de relajación.

1.- Siéntese o quédese de pie.

2.- Suspire profundamente, emitiendo a medida que el aire va saliendo de sus pulmones, un sonido de profundo alivio.

3.- No piense en espirar, solamente deje salir el aire de forma natural.

4.- Repita este proceso ocho o doce veces, siempre que sienta que lo necesita y experimente la sensación de que se está relajando.

LA RESPIRACIÓN NATURAL COMPLETA

Los niños saludables y los hombres salvajes, respiran de este modo natural completo. Los hombres civilizados, con sus horarios rígidos y su vida sedentaria y estresante han tendido a apartarse de esta forma de respiración.

Con un poco de practica el siguiente ejercicio puede llegar a convertirse en un acto automático.

1.- Empiece por ponerse cómodo, de pie o sentado.

2.- Respire por la nariz.

3.- Al inspirar llene primero las partes mas bajas de sus pulmones. El diafragma presionará su abdomen hacia afuera, para permitir el paso del aire. En segundo lugar, llene la parte media de los pulmones, mientras que la parte inferior del tórax y las ultimas costillas, se expanden ligeramente para acomodar el aire que hay en su interior. Por último llene la parte superior de los pulmones, mientras eleva ligeramente el pecho y mete el abdomen hacia adentro. Estos tres pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada, que puede llevarse a cabo con un poco de practica, en pocos segundos.

4.- Mantenga la respiración unos segundos.

5.- Al espirar lentamente, meta el abdomen ligeramente hacia adentro y levántelo suavemente, a medida que los pulmones se vayan vaciando. Cuando haya realizado la espiración completa, relaje el abdomen y el tórax.

6.- Al final de la fase de inhalación, eleve ligeramente los hombros y con ellos las clavículas, de modo que los vértices superiores de los pulmones, se reoxigenen.

LA RESPIRACIÓN PURIFICANTE

Este ejercicio no solo limpiará sus pulmones sino que estimulará y tonificará todo el aparato respiratorio, refrescando la totalidad del organismo. Puede practicarse solo o en combinación con otros ejercicios respiratorios.

- 1.- Empiece por ponerse cómodo, de pie o sentado.
- 2.- Efectúe una respiración completa, tal y como se describe en el ejercicio anterior.
- 3.- Mantenga la inspiración unos pocos segundos.
- 4.- Forme con los labios un pequeño orificio y expulse por él, un poco de aire; hágalo con un poco de fuerza, exactamente como si estuviera soplando paja. Pare un momento y luego expulse un poco más de aire. Repita el proceso hasta que haya eliminado todo el aire en pequeños y fuertes soplos.

ELIMINANDO LA TENSIÓN CON GOLPES SUAVES

Este ejercicio le hará sentirse relajado y alerta.

- 1.- Póngase de pie con las manos a los lados del cuerpo.
- 2.- A medida que inspire lentamente, golpee suavemente su tórax con las puntas de los dedos, cambiando continuamente de sitio para no olvidar ninguna zona.

En el caso de que usted sea una mujer, puede incluir o no las mamas.

- 3.- Cuando haya inspirado todo el aire que le sea posible, mantenga la respiración y golpee suavemente el pecho con las palmas de las manos.
- 4.- Espire según se describe en el ejercicio (respiración purificante).
- 5.- Después de haber hecho este ejercicio unas cuantas veces, golpeando el tórax, puede variarlo golpeando ahora aquellas zonas de la espalda a las que llegue con las manos.

EL ESTIMULANTE

Haga este ejercicio cuando se sienta con poca energía, entumecido o en algún momento difícil. Con él estimulara la respiración, la circulación y el sistema nervioso.

- 1.- Póngase de pie con las manos a los lados del cuerpo.
- 2.- Inspire y mantenga una respiración completa, tal como se ha descrito antes.
- 3.- Levante los brazos hacia adelante, utilizando la mínima energía posible para mantenerlos elevados y a la vez relajados.
- 4.- Lentamente vaya acercando las manos a los hombros, flexionando los brazos gradualmente. A medida que lo haga, cierre lentamente las manos, para que cuando lleguen a los hombros, tenga los puños tan apretados como pueda.
- 5.- Mantenga los puños cerrados y estire de nuevo los brazos, lentamente.
- 6.- Con los puños cerrados, estire los brazos hacia atrás, tan deprisa como pueda, varias veces.
- 7.- Relaje las manos a los lados del cuerpo y espire con fuerza por la boca.
- 8.- Practique unas cuantas respiraciones tal y como se han descrito anteriormente.
- 9.- Repita este ejercicio varias veces, hasta que empiece a sentir sus efectos estimulantes.

EL MOLINO

Practique este ejercicio cuando se haya pasado muchas horas abocado sobre su trabajo y se sienta tenso; le relajará y aumentará su capacidad de atención.

- 1.- Póngase de pie y estire los brazos hacia adelante.
- 2.- Inspire y mantenga una respiración completa.
- 3.- Haga girar sus brazos hacia atrás varias veces describiendo un círculo, y hágalo luego en dirección contraria. Intente moverlos alternativamente como si se tratara de un molino de viento.

- 4.- Espire con fuerza por la boca.
- 5.- Practique unas cuantas respiraciones purificantes.
- 6.- Repita este ejercicio tantas veces como lo desee.

FLEXIÓN

De nuevo le proponemos un ejercicio útil para cuando se sienta rígido y tenso. Este tiene además la ventaja de que estira el torso, haciéndolo mas flexible para la respiración.

- 1.- Póngase de pie con las manos en las caderas.
- 2.- Inspire y mantenga una respiración completa.
- 3.- Mantenga la parte inferior del cuerpo rígida. Dóblese hacia adelante tanto como pueda, espirando lentamente todo el aire por la boca.
- 4.- Póngase de nuevo erguido e inspire manteniendo otra respiración completa.
- 5.- Dóblese hacia atrás a medida que espira el aire lentamente.
- 6.- Póngase erguido de nuevo e inspire y mantenga otra respiración completa.
- 7.- Continué este ejercicio flexionando el cuerpo primero hacia atrás y luego a la izquierda y a la derecha.
- 8.- Después de cada cuatro flexiones, practique una respiración purificante.
- 9.- Haga cuatro series de cuatro flexiones cada una.

RESPIRACIÓN NATURAL COMPLETA E IMAGINACIÓN

Este ejercicio combina los efectos relajantes de la respiración natural, con el valor curativo de las autosugestiones de carácter positivo.

- 1.- Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta y colóquese en posición de "cuerpo muerto".
- 2.- Coloque las manos suavemente sobre su plexo solar (el punto por encima del abdomen donde las costillas empiezan a separarse) y practique una respiración completa durante unos minutos.

3.- Imagínese que con cada bocanada de aire que inspira, entra en sus pulmones una cantidad de energía, que queda almacenada inmediatamente en su plexo solar.

Continué con sesiones diarias de al menos cinco o diez minutos, alternativas al punto 3, implicando los puntos siguientes:

a) Póngase una mano sobre el plexo solar y dirija la otra hacia algún punto de su cuerpo en el que sienta dolor. Al inspirar, imagine que la energía llega y se almacena del mismo modo que se describe en el punto 3.

Imagínese, al espirar, que la energía se dirige hacia el punto que le duele, estimulándolo. Inspire mas energía y cuando espire, imagínese que la energía aleja el dolor. Es útil que se forme un esquema mental del proceso, en el que de forma clara vea que alternativamente, se estimula el punto doloroso y se expulsa el dolor.

b) Ponga una mano en el plexo solar y dirija la otra hacia un lugar de su cuerpo lesionado o infectado. Proceda como en la alternativa a), excepto en el momento de espirar, en el que ahora, ha de imaginarse que está dirigiendo energía al punto afectado y lo esta estimulando alejando con ello la infección y/o curándolo. Reproduzca el proceso en su mente.

RESPIRACIÓN ALTERNANTE

Aunque este es un ejercicio de relajación general, preferentemente podrán beneficiarse de él, las personas que padezcan de dolores de cabeza tensionales o producidos por sinusitis crónica.

1.- Siéntese en una posición cómoda.

2.- Apoye los dedos índice y medio de la mano derecha sobre la frente.

3.- Cierre su ventana nasal derecha con el dedo pulgar.

4.- Inspire lenta y silenciosamente por su fosa izquierda.

- 5.- Cierre su ventana izquierda con el dedo anular y abra simultáneamente la ventana derecha, quitando de ella el dedo pulgar.
- 6.- Espire lenta y silenciosamente y de la forma mas profunda que pueda por su fosa derecha.
- 7.- Inspire por el lado derecho.
- 8.- Cierre la ventana derecha con el pulgar y abra la izquierda.
- 9.- Espire por el lado izquierdo.
- 10.- Inspire por el lado izquierdo.
- 11.- Empiece haciendo 5 ciclos y vaya aumentando lentamente hasta alcanzar entre 10 y 25 ciclos.⁶

Técnica: Práctico demostrativa, Expositiva, Educativa.

Tareas: Integración global de las técnicas aprendidas mediante su ejercitación.

⁶.- Se incluye la referencia íntegra, dado que el tecnicismo del tema y la descripción de los ejercicios, no requiere de una interpretación o modificación que pudiera distorsionar el sentido original del texto.

3ª SESIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL AUTO CONDICIONAMIENTO	1. IDENTIFICACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA CAUSALIDAD DEL HÁBITO	*PLANACIÓN DE PROGRAMAS INDIVIDUALES	15 MIN.	*EDUCATIVA	*ELABORACIÓN DE REGISTROS Y PROGRAMAS
	2. PLANACIÓN DEL REFORZAMIENTO, EVITACIÓN, MOLDEAMIENTO	*ANÁLISIS DEL ENTORNO DEL FUMADOR Y DETER. DE ESTRATEGIAS	15 MIN.	*DISCUSIÓN DIRIGIDA *DEMOSTRATIVA	*APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS
RECURSOS COLATERALES DE APOYO, ELIMINACIÓN NATURAL DE TOXINAS Y REGULACIÓN NUTRICIONAL	1. PLANIFICAR EL USO DE MATERIAL, ACTIVIDADES FÍSICAS Y RECURSOS, QUE DEN SOPORTE Y RECUPERACIÓN EN EL PROCESO PSICOFÍSICO	*IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS FLAUSIBLES	10 MI.	*EDUCACIÓN	*ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS NOCIVAS
	2. IDENTIFICAR Y MODIFICAR ELEM. INADECUADOS EN EL AUTOCONTROL	*FAMILIARIZARSE CON EL MATERIAL PROPUESTO	10 MIN.	*EXPOSITIVA	*PLAN INDIVIDUAL DE RECUPERACIÓN FÍSICA
		*ELABORAR PROYECTO	10 MIN.	*LLUVIA DE IDEAS *DEMOSTRATIVA	*HABILITACIÓN DE MATERIAL
		REGULACIÓN	10 MIN.	*TABLAS Y PROGRAMAS	
AUTOGESTIÓN, AUTODETERMINACIÓN AUTOCOMPROMISO	1. IDENTIFICACIÓN DE IDEAS NEGATIVAS	*EXPOSICIÓN DE ACTITUDES NEGATIVAS Y EXPECTATIVAS DE CAMBIO	15 MIN.	*EXPOSITIVA	*AUTOMONITOREO DE IDEAS IRRACIONALES
	2. RECONOCER PÚBLICAMENTE SU HÁBITO	*ELABORACIÓN DEL AUTOCOMPROMISO	10 MIN.	*CATARSIS MEDIATA	*LISTADO DE ACTITUDES TIPO
	3. TOMA DE DECISIONES	*DINÁMICA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL, LA AUTOESTIMA	25 MIN.	*DINÁMICA GRUPAL	*PROYECTO DE SOCIABILIZACIÓN

3ª SESIÓN

TEMA: Estrategias de autocontrol

El individuo que se autocontrola debe emprender determinadas conductas, que modifiquen su medio en forma tal, que modifiquen a su vez sistemáticamente otras conductas pertinentes. De este modo, la persona en cuestión influye sobre las situaciones de su vida y se ve a su vez influida por éste (Thoresen y Mahoney, 1981, p. 26).

"El autocontrol por el cual el sujeto identifica y reconoce los estímulos internos y externos que incrementan el riesgo de uso y recaídas" (Solé, 1989, p. 84).

Objetivos: Proveer a los sujetos de los medios para identificar las pautas y causalidades del hábito tabáquico, así como del conjunto de procedimientos del aprendizaje comportamental y cognoscitivo, estructurados como sencillos recursos práctico-estratégicos, que les capaciten de los principios básicos a partir de los cuales se puedan derivar aplicaciones a situaciones cotidianas.

Actividades: El asesor instruyó didácticamente al grupo de los principios teóricos sobre el aprendizaje y desarrollo comportamental, que pudieran ser utilizados como tácticas prácticas dentro de un programa individual de modificación y control, basados en conceptos elementales definidos por Kanfer (1980), como:

Respondientes: "Respuestas provocadas por un estímulo particular, sin entrenamiento y con poca relación con las consecuencias" (p. 71).

Operantes: "Respuestas que se condicionan por sus consecuencias mediante refuerzo" (p. 71).

Instrumental: Respuesta operante que ocasiona recompensa o castigo (p. 71).

Repertorio conductual: "Patrones específicos de comportamiento, aprendidos" (p. 72).

Objetivo terapéutico comportamental: "La discriminación de las diferentes consecuencias de respuestas, topológicamente similares" (p. 74).

Respuestas como variables dependientes o independientes: "Como causa o efecto" (p. 76).

Estímulo: "Condiciones ambientales específicas que tienen relación funcional con el comportamiento" (p. 76).

Estímulos discriminativos: "Aquellos producidos por otras personas y por las respuestas del mismo individuo" (p. 77).

Estimulación social: "La sociedad guía y dirige al individuo hacia algunas experiencias de aprendizaje y lo excluye de otras" (p. 78).

Técnica: Educativa, expositiva, lluvia de ideas.

Tareas: Elaboración individual de autorregistros de pautas y variables del entorno. Depuración de proyectos para programas particulares de modificación ambiental.

TEMA: Autocondicionamiento

Objetivos: Instruir a los sujetos sobre las técnicas básicas del condicionamiento, aplicadas a tácticas prácticas de reforzamiento, extinción, evitación y moldeamiento, para el autocontrol del hábito tabáquico.

Actividades: Análisis grupal del entorno del fumador en base a las estrategias previas. Instrucción didáctica sobre el autocondicionamiento y planificación de estrategias de aplicación de programas individuales de autorreforzamiento, extinción, evitación, moldeamiento, desensibilización, etc., basados en los principios básicos de:

Condicionamiento clásico de recompensa:

Se le denomina al condicionamiento en que se usa comida o algún otro estimulante positivo, como reforzador o estímulo incondicionado: Se le llama condicionamiento clásico de defensa, cuando el estímulo incondicionado es aversivo o nocivo. En el condicionamiento instrumental se puede fortalecer la respuesta, presentando un estímulo positivo o extinguiendo un estímulo aversivo, contingente a la aparición de la respuesta (Reese, 1975, p. 91).

Para Skinner (1974), un organismo es condicionado cuando un reforzador acompaña a otro estímulo o sigue en el tiempo a la propia conducta, la operante es definida por la propiedad, respecto de la cual es contingente el reforzamiento (Reese, 1975, p. 91).

Generalización: "Extensión del efecto a otros estímulos" (p. 195).

Extinción operante: "Cuando el reforzamiento deja de producirse, la respuesta ocurre cada vez con menos frecuencia... conduce también a una reacción conocida comúnmente como frustración o ira" (p. 99).

Autorreforzamiento: "Sumar en el registro de ítemes atenuadores del comportamiento dependiente y restar en el de los que lo mantienen. Significa la aproximación consciente hacia la deshabitación y la adopción, esta vez adaptativa, de una conducta de evitación de la dependencia" (Solé, 1989, p. 84).

Basándonos similarmente en los conceptos definidos por Kanfer (1980):

Ley del efecto (Thorndike): "Las consecuencias satisfactorias tienden a incrementar la fuerza de la respuesta, mientras que las insatisfactorias tienden a disminuirla" (p. 84).

Refuerzo episódico: "Se recompensa a la persona solo después de que completa una larga secuencia de comportamientos" (p. 87).

Refuerzo conjugado: "La intensidad o la disponibilidad de un reforzador continuamente presente, se puede convertir en una función directa de la tasa o de la secuencia de una respuesta" (p. 86).

Inhibición recíproca (Wolpe): "Si se puede hacer que ocurra una respuesta inhibitoria de la ansiedad, en presencia de los estímulos que evocan ansiedad, se debilitará el vínculo entre éstos y la ansiedad" (p. 170).

Moldeamiento: "Técnica mediante la cual se hacen demandas crecientes de respuestas precisas al sujeto; se refuerzan gradual-

mente las respuestas que más se aproximan a la que se busca" (p. 89).

Contra-condicionamiento: "Se fortalece una respuesta diferente y deseable, la cual resulte incompatible con el comportamiento sintomático. Si las dos clases de respuesta son competitivas y no pueden ocurrir al mismo tiempo, el fortalecimiento de la más deseable reducirá la probabilidad de la sintomática" (p. 314).

Time out: "Se bloquea el acceso a todo refuerzo positivo durante un período, de modo contingente con la ocurrencia de algún comportamiento indeseado" (p. 363).

Extinción: "Supresión del refuerzo, después de la ocurrencia de una respuesta indeseable" (p. 318).

Castigo: "La presentación de un estímulo aversivo, contingente a la ocurrencia de una respuesta particular" (p. 366).

Autopersuasión: "Una vez que la persona ha hecho una afirmación autodescriptiva y ha comparado su comportamiento con un grupo de referencia, puede dar el paso siguiente en el proceso: Modificar su propio comportamiento" (p. 496).

También en conceptos descritos por Labrador, et al. (1995).

Desensibilización sistemática: "Tiene lugar haciendo que el sujeto imagine sucesiva y gradualmente que se encuentra en la situación estresora, hasta que dicho ítem deja de suscitar ansiedad" (p. 420).

Desensibilización de autocontrol: "Se utiliza la desensibilización como estrategia de afrontamiento de la ansiedad, mediante la relajación progresiva" (p. 419).

Relajación progresiva (Jacobson-Everly): "Técnica de identificación y toma de conciencia de las señales propioceptivas de tensión y su control intencional voluntario, por medio de la contracción y relajación muscular progresivas" (p. 382).

Técnica: Educativa, discusión dirigida, práctico demostrativa.

Tareas: Aplicación de estrategias y programas.

TEMA: Recursos colaterales de apoyo.

Apoyo al autocontrol y al reacondicionamiento físico

Objetivos 1: Planificar el uso de: a) Tabletas masticables, b) Material, c) Actividades físicas y d) Modificaciones del estilo de vida, que den soporte y recuperación en el proceso psicofísico del autocontrol.

Actividades: a) Se instruyó al grupo sobre el uso de tabletas masticables como terapia de reemplazo, para proveer una fuente alterna, que pudiera compensar la posibilidad de efectos psicológicos adversos por la privación del consumo de tabaco inhalado y la oralidad que implica. Se permitió la elección individual de cada sujeto, respecto al tipo de tabletas utilizadas, sin descartar aquellas que contienen nicotina, en la conciencia de que el nivel de habituación de los integrantes del grupo no requiere de éstas, dado que no existe síndrome de abstinencia.

b) Sobre el uso de material de reemplazo de algunos aspectos de dependencia psicológica y sensorial (Oral y manual).

Material: Cajetilla de cigarrillos, cinta adhesiva, dedal plástico, boquillas desechables y canicas.

Indicaciones de uso: Sellar la cajetilla con la cinta adherente lo más complejamente posible y conservarla en el bolsillo para acrecentar la dificultad de usarla, pero manteniendo la seguridad de tenerla disponible. Colocarse el dedal en el dedo índice de la mano con la que se acostumbra tomar el cigarrillo, como recurso reflejo, con el objetivo de evitar aceptar, involuntariamente, el ofrecimiento de un cigarro. Utilizar, oral y manualmente, las boquillas desechables con el objetivo de aminorar la tensión, abandonándolas paulatinamente al avanzar el autocontrol.

Manipular, manualmente, un par de canicas del material preferido para disminuir la tensión provocada por la carencia sensorial del cigarrillo.

c) Se planificó, individualmente, las actividades de recuperación física que las posibilidades particulares les permitieron, desde caminatas al aire libre, hasta la práctica formal de algún deporte.

d) Planificación de la modificación de actividades recurrentes asociadas al fumar (Evitar la sobremesa posterior al comer, no acudir a la tabaquería, evitar citas en cafeterías, bares, etc.), planificación de la modificación perceptual del entorno físico habitual (Colocar *posters* o cuadros alusivos a temáticas incompatibles con el hábito, evitar publicidad al respecto, crear rótulos con recordatorios del compromiso de autocontrol etc.).

Técnica: Educativa, expositiva, lluvia de ideas, demostrativa.

Tareas: Proyectos individuales de modificación de conductas nocivas. Plan individual de recuperación física.

TEMA: Recursos colaterales de apoyo.

*Apoyo en la eliminación natural de toxinas
y en la regulación nutricional*

Objetivos 2: Instruir a los sujetos sobre el efecto precipitador del hábito de algunos alimentos y bebidas, con el propósito de suprimirlos durante el proceso de eliminación natural de toxinas, así como el uso de otros que den apoyo a dicho proceso. Planificar actividades de regulación psicofísica del estrés implícito en el proceso. Instruir a los sujetos sobre los conceptos básicos sobre la nutrición, la obesidad y su relación con la administración y regulación de calorías, mediante el uso de tablas alimenticias.

Actividades: Se planificaron sencillas actividades en apoyo de la eliminación natural de toxinas (ver: Tabaco, 1997), por ejemplo:

Tomar al despertar un vaso de agua natural (no fría).

Ingerir al menos de 6 a ocho vasos diarios de agua natural.

Consumir la mayor cantidad posible de frutas, cereales, verduras y nueces, germen de trigo y Vitamina B1.

Consumir frecuentemente leche natural y pescado.

Disminuir el consumo de postres y azúcar refinada.

Disminuir, en lo posible, de la dieta diaria las carnes rojas y los alimentos fritos o grasosos, dado que aumentan en la sangre el nivel de amoníaco.

Reducir el consumo de alcohol, té, café y refresco de cola.

Planificar períodos de descanso, para evitar la fatiga o tensión.

Utilizar fricciones de agua fría en cuello tronco y extremidades, con guantes de tela, para inducir la relajación.

Recurrir a la oxigenación natural, inmediatamente después de las comidas o estados de tensión.

Se les instruyó, simultáneamente, en aspectos básicos aplicables a la modificación de:

La nutrición y su relación con la salud, los nutrientes y las calorías que aportan, sobre los grupos básicos de alimentos, la obesidad, las dietas de reducción y la relación entre el fumar, su abandono y el aumento de peso.

Técnicas: Educativa, expositiva, lluvia de ideas, demostrativa, estrategias y programas.

Tareas: Elaboración de proyectos individuales de modificación de conductas nocivas. Plan individual de recuperación física.

Habilitación de materiales.

*TEMA: Autogestión, autodeterminación
autocompromiso*

Objetivos 1: Identificación de pensamientos negativos automáticos, examen de la evidencia de los pensamientos automáticos distorsionados, sustitución de las cogniciones prejuiciadas por otras orientadas a la realidad y la identificación y modificación de las creencias que predisponen al sujeto a distorsionar sus experiencias (ver: Ackerman y Engel, 1993, p. 155).

Actividades: Se dio instrucción didáctica a los sujetos, acerca de las bases metodológicas, su aplicación y ejemplificaciones de la autogestión.

Autogestión significa aprender a anticiparse a los riesgos y equiparse para combatirlos, o bien hacer uso de algunos métodos para retrasar la gratificación inmediata y luchar contra la frustración.

Posteriormente, se llevó a cabo la exposición grupal de actitudes negativas y de expectativas de cambio.

A continuación se incluye, íntegro, el material didáctico que se dio a los sujetos, dado que el tema por su peculiar planteamiento no puede ser resumido (Tomado de: Davis, McKay y Robins, 1986).

AUTOGESTIÓN

Para cambiar un hábito de cualquier clase, la conducta autogestionaria le ayudará a alejarse por algún tiempo de la tentación. Por ejemplo un fumador puede pensar que está demostrando fuerza de voluntad por plantarse frente a un puesto de venta de cigarrillos, convencién dose a sí mismo de que no debe comprarlos. Sin embargo, ese comportamiento muestra una clara ausencia de autocontrol, porque se coloca a sí mismo frente a una situación de riesgo, que incrementa las probabilidades de fumar. El tratamiento autogestionario a una situación de este tipo, consistiría en planificar, no detenerse o evitar pasar frente a un lugar de venta de cigarrillos. La autogestión es un instrumento para mejorar el nivel de autocontrol de una persona y obtener progresos en la medida que logra nuevas prácticas de superación del hábito.

Estrategia 1: Reorganizar el entorno.

Muchas de las circunstancias y situaciones que acontecen justo antes de la aparición de una pauta de comportamiento, pueden

contribuir a su continuación. Las ideas, sensaciones, presiones sociales, las asociaciones con lugares o momentos particulares del día, pueden jugar un papel en la generación de un comportamiento adictivo.

De todos estos factores como las ideas y sensaciones pueden afrontarse mejor por medio de relajación y prácticas de autoafirmación y reestructuración cognoscitiva.

En muchos casos, sin embargo, las asociaciones de tiempo lugar que (disparan) hábitos, pueden neutralizarse cambiando de forma activa o reorganizando las circunstancias que los hacen emerger. Por ejemplo si beber café pone en marcha un mecánico deseo de fumar, puede sustituirlo sencillamente por otra bebida. Alternativamente podrá beber café en circunstancias de "seguridad" relativa, por ejemplo cuando no tenga cigarrillos. Los lugares y horas potencialmente peligrosos, se identifican mejor por medio de un cuidadoso análisis del diario de autorregistro de la conducta de fumar, debiendo preparar un plan de autogestión para contrarrestar su influencia.

Una buena autogestión implica aprender a evitar la soledad en el momento en que el deseo de fumar es más intenso, se debe hacer un plan para ocupar los tiempos de ocio con actividades útiles y/o divertidas.

En ocasiones es conveniente usar algunas técnicas de detención del pensamiento, cuando se empieza a pensar en la forma de obtener un cigarro o llevar a cabo el control mental, con frases como las siguientes:

- "Soy dueño de mi vida y no me voy a dejar dominar por un cigarro".
- "Un cigarro no es tan importante, como para hacerme fracasar en mi nuevo plan de abandonarlo".
- "Finalmente creo que puedo pasarla mejor si dejo de fumar".

Básicamente deben programarse actividades incompatibles, con la hora en que la habituación tiene mayores probabilidades de emerger.

Estrategia 2.- Modificar las consecuencias del comportamiento. Los comportamientos pueden modificarse también cambiando las consecuencias que ocasionan, puede premiarse un hábito positivo y castigarse uno negativo. Las autorecompensas o castigos deben tener lugar inmediatamente después del comportamiento en cuestión, si se quiere que se obtenga la máxima eficacia. Puede recompensarse cuando se ha alcanzado una meta especial, semanal o por los cambios diarios del hábito, como fumar menos cigarrillos en un día. Ejemplos:

1).- Autorrecompensa con el ahorro de cajetillas que no se compraron en una semana.

2).- Autorrecompensa por mejora del hábito, esto es reducción diaria en el número de cigarrillos consumidos.

Si la autorrecompensa puede ayudar a modificar los comportamientos adictivos ¿qué sucede con el castigo?. Puede una persona cambiar de hábitos castigando su forma de comportarse, la forma más sencilla de autocastigo consiste en privarse de una actividad placentera. Por ejemplo, si se quebranta el propósito de no fumar puede autocastigarse dejando de ver televisión.

Se puede idear en acuerdo con la familia un sistema de multa para fumadores. En ocasiones la mera amenaza de un castigo es suficiente para controlar el comportamiento. En algún caso también puede resultar en acuerdo con la familia, que por cada cigarrillo que se exceda del límite diario, realizará alguna tarea doméstica que no sea muy grata para el fumador. El autocastigo debe utilizarse con cuidado para que no interfiera con un comportamiento sano, se considera de mayor beneficio que el plan de autogestión ponga énfasis en la autorrecompensa.

Estrategia 3.- Autocontrol mediante el control mental. Las prácticas de autocontrol pueden utilizarse, también, para controlar los pensamientos secretos o encubiertos que generan problemas de hábito.

El objetivo consiste en mejorar la idea que esa persona tiene de sí misma; estimulando los pensamientos positivos en lugar de los negativos. Hablarse a sí mismo puede ser beneficioso. El reconocer y controlar las pautas de pensamiento que inducen a la pérdida del control, resulta crucial en la lucha contra los hábitos y adicciones. Las ideas negativas, las dudas y las autoexcusas deben identificarse como saboteadores y afrontarse con un tipo de pensamientos más adecuados, orientados hacia un objetivo. Si escucha cuidadosamente lo que se dice a sí mismo o lo que piensa al enfrentarse a una tentación, el fumador estará a tiempo para intentar reprogramar su mente.

A continuación damos algunos ejemplos de:

Pensamientos incontrolados

1.-Sencillamente, no tengo bastante fuerza de voluntad para dejar de fumar.

2.-Un cigarro no puede perjudicarme.

3.-Tengo tantas tensiones que necesito relajarme con un cigarro.

4.-La vida me da tan pocas satisfacciones que puedo darme un pequeño placer con el cigarro.

Pensamientos controlados

1.-No existe la fuerza de voluntad, es cuestión de planificarse mejor o peor, si utilizo las técnicas de Auto-observación tendré éxito.

2.-Sí que lo hará, he dicho lo mismo cientos de veces y nunca he sido capaz de parar después del primer cigarro, debo dejar de pensar en él.

3.-Sé que las tensiones no se eliminarán con un cigarro es mejor que identifique cual es la fuente de mi tensión a fin de controlarla y no dejar que la tensión me domine.

4.-A largo plazo tendré un daño en mi salud, que será más duradero que el placer que me proporciona ahora un cigarro

Es útil imaginar que la compulsión por el hábito, ha sido ya totalmente dominada. Un fumador podrá imaginarse visual y emocionalmente cómo será su vida si consigue dejar de fumar, sin sentirse inquieto por ello.

Estrategia 4.- autogestión como freno.

Una práctica básica de la autogestión, consiste en la capacidad para autolimitarse, para resistir la tentación y aplazar el momento de la gratificación, ejemplo: al emerger alguna tentación la primera regla limitativa, puede ser, imponerse un aplazamiento de 10` para tomar cualquier decisión relativa a la tentación; esta sencilla estrategia concede el tiempo suficiente, para que entren en juego varios factores de autocontrol.

El aplazamiento impide tomar decisiones impulsivas bajo el estado emocional de un deseo intenso y permite un análisis más lógico y racional. Permite, además, una previsión individual de las consecuencias, comparando los efectos a largo plazo de sucumbir a la tentación, con los beneficios de resistirla con éxito. La distracción puede constituirse en un elemento de freno.

Una norma práctica de conducta consiste, sencillamente, en alejarse de la situación, o alternativamente, participar en alguna actividad interesante que requiera atención y concentración, de modo que la incomodidad por la represión del deseo se olvide pronto.

Conclusión.- Evitar o cambiar las condicionantes ambientales que desencadenan los hábitos, introducir nuevas recompensas para el cambio de hábitos y combatir los pensamientos negativos que tienden a precipitar los deseos compulsivos, constituyen técnicas eficaces para gestionar y modificar el comportamiento habitual; las cuales deben practicarse sistemáticamente, sobre la base de las pautas de comportamiento reveladas en la autoobservación diaria (autorregistradas).

La autogestión permite cambiar el estilo de vida, identificando zonas de peligro, desarrollando acciones evasivas, etc. Durante el programa, el fumador debe abstenerse y evitar las situaciones que propician fumar, llevar a cabo técnicas de respiración y relajación en los momentos que acostumbra en casa fumar, evitar citas con grupos de amigos fumadores, ya que éstos suelen presionar a los demás a fumar, es importante encontrar formas agradables y útiles de pasar el tiempo.

IDEAS IRRACIONALES

Constantemente estamos en conversación con nosotros mismos, el lenguaje interno del pensamiento da lugar a las frases con que describimos o interpretamos la realidad.

Cuando esta interpretación se ajusta a la realidad no implica problemas, por el contrario si es absurdo y no es exacto respecto a lo real, puede producir trastornos emocionales, ejemplo: pensamientos irracionales (no puedo soportar estar solo), ninguna persona físicamente sana ha muerto por el hecho de estar sola. A veces las ideas absurdas pueden estar completamente equivocadas.

Ellis (1962) desarrolló un sistema para atacar las ideas o creencias absurdas y sustituirlas por afirmaciones más de acuerdo con la realidad, llamó a su sistema racional-emotivo. La teoría principal de Ellis se basa en considerar, que la cognición-emoción y comportamiento son vistos como ampliamente interrelacionados: Cuando pensamos también sentimos y actuamos, cuando sentimos, simultáneamente pensamos y actuamos, y cuando actuamos concomitantemente pensamos y sentimos.

Muchos de los trastornos psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas del individuo.

La teoría de Ellis emotivo-racional, se basa en el supuesto de que nuestras respuestas-emocionales, dependen de la interpretación o evaluación derivada de filosofías conscientes e inconscientes de tipo irracional o racional.

Cuando dicha interpretación se basa en creencias irracionales, las percepciones son erróneas y las condiciones falsas y rígidas no se adecuan a la realidad.

Se sabe que gran parte de la manipulación, se ve posibilitada por las creencias que tienen los individuos de sentirse bien o mal según la acción de los demás. Las personas suelen creer que su situación de bienestar o insatisfacción dependen de los demás y no de sí mismo.

La teoría A,B,C, de Ellis se esquematiza como sigue:

Experiencia	Sistema creencia	Consecuencias
A	B	C

El diálogo con uno mismo, de carácter negativo, produce considerables cambios psicológicos. En otras palabras, usted se pone tenso cuando desarrolla silogismos tan irracionales como los siguientes:

- La gente parece ignorarme en las fiestas.
- Está claro que les resulto aburrida o poco atractiva.

Los resultados emocionales del proceso son: ansiedad, depresión, rabia, sentimiento de culpabilidad y desprecio por uno mismo, lo que conduce al deterioro de la autoestima y esto se convierte en un círculo vicioso difícil de romper.

En la raíz de todo pensamiento irracional, se encuentra la suposición de que el mundo es solo para uno mismo, ejemplo: (esto realmente me deprime), (esta chica me pone nervioso), (no soporto este calor) realmente nada se hace expresamente para usted, las cosas en el mundo simplemente pasan; usted experimenta los acontecimientos (A), inicia el diálogo consigo mismo (B) y luego experimenta una emoción (C), por lo que (A) no es la causa de (C), sin embargo (B) sí provoca a (C). Si el diálogo consigo mismo no se ajusta a la realidad y se manejan creencias falsas, se experimentan emociones desagradables.

EJEMPLOS DE IDEAS IRRACIONALES

- Ciertas personas son malas, viles, perversas y deberían ser castigadas.
- Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
- Hay que ser totalmente competente, inteligente y exitoso.
- Podría sentirme incómodo.
- Podría no llegar a solucionar nunca el problema y sentirme inútil en ese aspecto.
- Tendré que aceptar las consecuencias del fracaso.
- Podría ser que los demás no aprobaran mi conducta y me rechazaran.
- Podría sentir más estrés o una sensación desagradable.
- ¿Que cosa buena podría ocurrirme?, si lo que quiero que ocurra no ocurre o si al contrario, lo que temo que suceda, sucede.

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

- A.-Podría aprender a tolerar mejor la frustración.
 - B.-Podría mejorar mi capacidad de afrontamiento..
 - C.-Podría hacerme más responsable.
- Sustituye el lenguaje interior por otro, ahora que ha examinado detenidamente la idea irracional que ha originado y ha podido compararla con lo que sería una forma de pensamiento racional.
- 1.-No hay nada especial en mi. Puedo aceptar las situaciones dolorosas siempre que surjan.
 - 2.-Afrontar los problemas es más adaptativo, que resentirse o huir de ellos.
 - 3.-Me siento de acuerdo con mi forma de pensar. Si no tengo pensamientos negativos, no tengo emociones estresoras. Como mucho, me sentiré molesto, arrepentido o enfadado, no ansioso, deprimido, ni furioso.

REGLAS PARA SUSCITAR EL PENSAMIENTO RACIONAL

Evalúe sus opiniones comparándolas con las seis reglas o guías para un pensamiento racional, que se exponen a continuación (Bienestar emocional mediante el aprendizaje de una conducta racional, de David Goodman):

No me afecta. Las situaciones de la vida no me hacen sentir ansiedad ni miedo. Soy yo quien hablándome a mí mismo, dice cosas que me producen estas sensaciones.

Todo es exactamente como debería ser. Las circunstancias necesarias para que las cosas o las personas sean distintas a como son, no se dan. Decir que las cosas deberían ser de otro modo, es creer que la sucesión de acontecimientos que las conforman, se ve influenciada por algún elemento mágico. Cosas y personas son como son por una serie de hechos causales, entre los que se hallan: las interpretaciones personales, las respuestas individuales al lenguaje interior irracional, etc.; Decir que deberían ser distintos es apartarse del principio de causalidad que rige el mundo.

Todo ser humano se equivoca. Eso es algo inevitable. Si no se fijan unos márgenes de error razonables para uno mismo y para los demás, es muy probable que se caiga en la decepción y en la infelicidad con extrema facilidad. Por otro lado, es muy fácil culparse a uno mismo y a los otros de no valer suficiente, de no ser bueno, etc.

Una discusión es cosa de dos. Antes de iniciar una acusación o una disputa cualquiera, tenga en cuenta la regla de 30 por ciento. Esta regla dice que en cualquier riña, cada una de las partes interviene por lo menos en un 30%, en hacer que la discusión continúe.

La razón inicial se halla inmersa en el pasado. Es una pérdida de tiempo intentar descubrir quién empezó primero. Por ejemplo, intentar buscar la causa inicial de las emociones crónicas desagradables es algo sumamente difícil; Es mucho más útil decidir cambiar de conducta ya.

Nos sentimos en función de cómo pensamos. Efectivamente, esta afirmación es la que continúa con la primera que aparece al principio de la lista. Viene a reforzar la idea de que no son los acontecimientos los que nos causan las emociones, sino nuestra interpretación de ellas.

RECHAZO DE IDEAS IRRACIONALES

Hay cinco pasos (de A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Empiece por elegir una situación que genere en usted, de forma continuada, emociones estresantes.

A. Escriba cómo fue la realidad de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

B. Escriba su lenguaje interior respecto al acontecimiento. Anote todos sus juicios subjetivos, sus suposiciones, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuantas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.

C. Concéntrese en su respuesta emocional. Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de autodesprecio, miedo, etc.

D. Discuta y varíe el lenguaje interior que ha descrito en el punto B. a continuación le mostramos como debe hacerse, de acuerdo con Ellis:

1.-*Elija la idea irracional que desea discutir. A modo de ejemplo, utilizaremos la siguiente idea: No hay derecho a que tenga que sufrir por este problema.*

2.-*¿Existe algún soporte racional a esta idea?. Dado que, debido a una larga sucesión de relaciones causa-efecto, todo es como debe ser, la respuesta es no.*

El problema debe soportarse y resolverse ya que ha ocurrido, y ha ocurrido porque se han dado todas las condiciones necesarias para que tuviera lugar.

3.-*¿De que evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?*

A. No hay leyes en el universo que digan que no debe existir el dolor ni los problemas. Tengo un problema cuando se dan las condiciones necesarias para que aparezca.

B. La vida no es una fiesta. La vida es tan sólo una sucesión de acontecimientos, algunos de los cuales son agradables y otros son incómodos y dolorosos.

C. Cuando los problemas aparecen, es asunto mío resolverlos.

D. Intentar que un problema no aparezca es adaptativo, pero resentirse y no afrontarlo una vez que ya ha surgido es algo contraproducente.

E. No hay nadie especial. Algunas personas pasan por la vida con menos problemas que yo pero ¿es que esto no puede deberse a que, a veces, yo contribuyo a que se den las condiciones para que surjan los problemas?

F. Sólo por el hecho de tener un problema, no significa que tenga que sufrir, incluso puede ser buena oportunidad a aumentar mi autoestima, intentando encontrar la solución adecuada de la que pueda sentirme orgulloso.

4.-*¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?*

No; mis sufrimientos se deben a mi lenguaje interior a través del cual, he interpretado este acontecimiento. Me he convencido a mi mismo de que debo sentirme mal.

5.-*¿Qué es lo peor que puede ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre, o si lo que temo que suceda, sucede?*

- Podría verme privado de varios placeres mientras tengo que solucionar el problema.

Suposiciones tradicionales erróneas

Legítimos derechos

1. Es ser egoísta anteponer las necesidades propias a las de los demás.

Algunas veces, usted tiene derecho a ser el primero.

2. Es vergonzoso cometer errores. Hay que tener una respuesta adecuada para cada ocasión.

3. Si uno no puede vencer a los demás de que sus sentimientos son razonables, debe ser que está equivocado o bien que se está volviendo loco.

4. Hay que respetar los puntos de vista de los demás, especialmente si desempeñan algún cargo de autoridad. Guardarse las diferencias de opinión para uno mismo; escuchar y aprender.

5. Hay que intentar ser siempre lógico y consecuente.

6. Hay que ser flexible y adaptarse. Cada uno tiene sus motivos para hacer las cosas y no es de buena educación interrogar a la gente.

7. No hay que interrumpir nunca a la gente. Hacer preguntas denota estupidez.

Usted tiene derecho a cometer errores.

Usted tiene derecho a ser el juez último de sus sentimientos y aceptarlos como válidos.

Usted tiene derecho a tener sus propias opiniones y convencimientos.

Usted tiene derecho a cambiar de idea o de línea de acción.

Usted tiene derecho a la crítica y a protestar por un trato injusto.

Usted tiene derecho a interrumpir para pedir una aclaración.

8.Las cosas podrían ser aún peores de lo que son. No hay que tentar a la suerte.

9.No hay que hacer perder a los demás su valioso tiempo con los problemas de uno.

10.A la gente no le gusta escuchar que uno se encuentra mal, así que es mejor guardárselo para sí.

11.Cuando alguien se molesta en dar un consejo, es mejor tomarlo seriamente en cuenta, porque suele tener razón.

Usted tiene derecho a intentar un cambio.

Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.

Usted tiene derecho a sentir y expresar el dolor.

Usted tiene derecho a ignorar los consejos de los demás.

ASERTIVIDAD

La forma en que interactuamos con los demás puede provocarnos satisfacciones variadas y enriquecedoras, pero también puede hacer experimentar frustración e infelicidad.

Para lograr que la relación humana sea lo más constructiva posible, se necesita saber expresar y recibir los mensajes que se dan a través de la comunicación verbal y no verbal, necesitamos que lo que decimos sea un fiel reflejo de lo que sentimos y pensamos o creemos, dejando abierta la posibilidad de aceptar la retroalimentación y revelación, a fin de tener comprensión de lo que los demás perciben de nosotros.

Sin embargo, no es fácil la comunicación efectiva con los demás y el hombre aprende a lo largo de la vida a sentirse inseguro, a ocultar, a reprimir o tergiversar sus mensajes, o bien a convertir la expresión en francas agresiones, que lastiman y humillan haciéndole sentir más culpable después.

Una relación humana mal llevada, puede provocar que las personas enfermen y pierdan su armonía con el mundo que les rodea, por ello es importante que el individuo desarrolle habilidades sociales, que le permitan primero, autoafirmarse en su personalidad, actuando de manera firme y acorde con lo que piensa a fin de mantener su autoestima, esto implicaría ser asertivo sin sentirse culpable.

La asertividad viene del latín Assertus que significa afirmación, por lo que una persona que es asertiva, se considera que da respuestas autoafirmativas en su relación con los demás, es

capaz de entender que tiene derechos como ser humano, para expresar ideas y opiniones racionales.

Si se tiene una conducta asertiva cuando se defienden los derechos propios, de modo que no queden violados los ajenos, se puede hablar de uno mismo sin sentirse cohibido, aceptar los elogios sin sentirse incómodo, negarse a aceptar algo que le parece inaceptable sin sentirse apenado ni culpable.

En resumen cuando se es una persona asertiva, se pueden tener relaciones humanas sin que nos genere ansiedad e infelicidad. El primer paso en el entrenamiento de técnicas asertivas, es identificar los tres estilos básicos en la conducta interpersonal.

Estilo agresivo.- Son ejemplos típicos de este tipo de conducta: La pelea, la acusación y la amenaza.

Estilo pasivo.- Se dice que una persona tiene una conducta pasiva, cuando permite que los demás pisoteen su dignidad, no defendiendo su interés y hace todo lo que desean los demás, sin importar lo que piensan de él.

Estilo asertivo.- Se tiene una conducta asertiva cuando se defienden los propios intereses, expresa opiniones libremente y se abandonan ideas irracionales. Dejan de ser necesarios la docilidad extrema y el ataque verbal o reproche, ya que estas formas solo crean más estrés.

El segundo paso en el entrenamiento asertivo, es identificar aquellas situaciones en las que desea aumentar su efectividad.

Elabore un plan para afrontar la situación problema en forma asertiva.

Expresa sentimientos sin evaluar o reprochar la conducta de los demás, expresa sus deseos y necesidades, libérese del deseo de herir y de la autocorrupción.

Todo esto para adaptar la definición de sus sentimientos a (mensajes en primera persona), ya que esto evita reproches y evaluaciones ejemplo: en lugar de decir (eres desconsiderado) o (me haces daño), un mensaje en primera persona diría: (me siento herido), se está expresando claramente un sentimiento, sin enviar mensajes de reproche.

A continuación se expone una lista de suposiciones tradicionales, que pueden haberse aprendido en la infancia y que le impiden convertirse en adulto asertivo, estas falsas suposiciones violan sus derechos legítimos como individuo.

El entrenamiento asertivo le permite resolver la ansiedad y depresión que se deriva de las relaciones interpersonales.

A medida que vaya volviéndose más asertivo, empezará a desechar sus ideas falsas, a sentirse relajado y ser capaz de dedicar tiempo para usted y encontrar alternativas para lograr una vida sana.

Desarrolle un lenguaje corporal adecuado en su interacción social. Considere cinco reglas básicas:

- 1.-Mantenga contacto ocular con su interlocutor.
- 2.-Mantenga una posición erguida del cuerpo.
- 3.-Hable en forma clara audible y firme.

4.-No hable en tono de lamentación ni en forma sentenciosa.

5.-Utilice gestos y expresiones congruentes con lo que dice. Aprenda a evitar la manipulación, no se deje enganchar con las críticas de los demás, admita si ha cometido errores, pero no lo asocie con descalificaciones sobre su persona.

El comportamiento no asertivo provoca una serie de efectos claramente negativos y a veces hasta graves, si se encierra con frecuencia en este estilo de conducta.

Las consecuencias son:

-Frustración, insatisfacción, tensión.

-Los problemas se agravan.

-Soledad, depresión.

-Siente incomprensión, menosprecio, rechazo.

-Reducción de la autoestima.

El comportamiento agresivo es una práctica común y por demás innecesaria en las relaciones humanas. Aprendimos que para expresar enojo, inconformidad o malestar, necesitamos señalar a los demás lo inadecuado e incompetentes que son:

-No es necesario negar la realidad de otros para afirmar la propia.

En muchos de los casos de acción agresiva, ésta se debe a ideas negativas, que quitan seguridad a la persona, provocando que se sienta amenazada o vulnerable ante la situación, lo que desencadena conductas defensivas de ataque a los demás.

Ejemplo de un superior ante sus colaboradores:

Pensamientos	Sentimientos
-Se van a dar cuenta de que no sé tanto.	Amenaza.
-Tengo que demostrar que puedo de todas, todas.	Sentirse vulnerable
-Si se dan cuenta que no sé, tal vez hasta me corran.	Temor

Acciones posibles

- Agresividad, actitud cortante, defensiva, falso, tenso.
- No admitir ideas nuevas o preguntas.
- Ser muy crítico de los errores ofendiendo.

Si los demás callan se acaba el miedo a la amenaza. De esta manera la acción agresiva se ve premiada porque ilumina el "peligro", lo que provoca que en otras ocasiones, se repita la misma conducta con más vigor.

El principal enemigo que tenemos que vencer no está fuera de nosotros mismos.

Para combatir la agresividad cuando predomina la inseguridad, es precisamente resolver estos sentimientos, admitir el temor de fondo y trabajarlo hasta ganar plena confianza.

Conviene hacerse las siguientes preguntas para clarificar si se necesitan cambios en el estilo de comportamiento.

- 1.-¿Me siento culpable frecuentemente después de haber dicho lo que pienso o siento?.
- 2.-¿Tengo conflictos, pugnas, discusiones acaloradas con frecuencia?.
- 3.-¿Me irrito fácilmente o me molesto casi por cualquier cosa?.
- 4.-¿Las contrariedades me molestan demasiado?.
- 5.-¿Me siento fácilmente amenazado ante alguna(s) circunstancia(s)?.

La opción asertiva plantea como innecesarias, las conductas extremas pasiva-agresión, promueve la dignidad y el autorrespeto en un plano de igualdad, sus componentes básicos son:

- .Autorrespeto
- .Respetar a los demás
- .Ser directo
- .Ser honesto
- .Ser apropiado
- .Saber decir no
- .Saber escuchar
- .Ser positivo.

Técnicas: Expositiva, educativa, catarsis mediata.

Tareas: Automonitoreo de ideas irracionales. Modelo individual de asertividad.

TEMA: Autogestión, autodeterminación

autocompromiso

Objetivos 2-3: El asesor propuso con base al análisis grupal, del entorno del fumador, de su papel social, de su asertividad, de las expectativas de salud y vida, etc., que aquellos integrantes del grupo que lograran elaborar un inventario moral y conductual, hicieran un reconocimiento público de su habituación y consecuentemente un autocompromiso de cambio, conjuntamente con la disposición a la reparación, fundamentada en la responsabilidad individual y en la coparticipación grupal.

Actividades: El asesor indujo a los sujetos a la elaboración individual del autocompromiso y toma de decisiones, basada en el "training" o entrenamiento en la prevención de consecuencias a largo plazo y en eludir viejas actitudes propias de la habituación

(ver: Davis y McKay, 1986), dirigiendo el foco grupal a la estructuración de una "dinámica de cambio planificado".

La técnica de decisión de grupo, es un instrumento eficaz para el cambio de metas y de comportamiento...se acentúa la importancia del consenso social para los nuevos modos de comportamiento... se cambiará con mayor facilidad si este cambio goza de aprobación general... Se debe recalcar la autonomía indispensable del sujeto, como partícipe del cambio... dejándole la responsabilidad de comprender el ambiente y de actuar en él... por lo tanto cuando se produce el cambio, puede justificarlo en términos de su propia experiencia y no trasladar la responsabilidad hacia el agente de cambio (Solé, 1989, p. 84).

Técnicas: Expositiva, educativa, catarsis mediata.

Tareas: Listado de metas y actitudes tipo.

*TEMA: Autogestión, autodeterminación,
autocompromiso*

Objetivos 4: Fomentar en los integrantes la asertividad, la alta autoestima, la socialización y las ideas racionales.

Actividades: Dinámica grupal de expresión emocional, análisis y valoración de la sociabilidad y la autopunición. Detección de pensamientos negativos automáticos, identificación de las conexiones entre cognición, afecto y conducta, examen de las evidencias de los pensamientos automáticos distorsionados, sustitución de cogniciones prejuiciadas por interpretaciones orientadas hacia la realidad, identificación y modificación de las creencias predisponentes a la distorsión de las experiencias.

Técnica: Dinámica grupal de identificación de distorsiones, catarsis mediata, interpretación, redefinición: "Técnica cognoscitivista que implica hacer que el sujeto sea más específico al definir un problema y enunciarlo en términos de su propia conducta. Generalmente esto ayuda a revelar las distorsiones cognoscitivas" (Ackerman y Engel, 1993, p. 170).

Tareas: Elaboración individual de proyecto de sociabilización.

4ª SESIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
YO Y MI AUTOCONTROL EL AQUÍ Y AHORA	1. DETERMINAR NIVEL DE COMPRENSIÓN Y MANEJO DE INFORMACIÓN 2. DESTACAR DIRECCIONES POSITIVAS Y TÉCNICAS IDÓNEAS	*DINÁMICA GRUPAL DE EXPRESIÓN Y RETROINFORMACIÓN *SESIÓN GRUPAL DE TOMA DE CONCIENCIA Y VÍAS DE CAMBIO	30 MIN.	*CATARSIS MEDIATA *FEEDBACK *GUESTALT *INTERPRETACIÓN	*REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS *REVISIÓN DE TÉCNICAS E INFORMACIÓN
AMPLIACIÓN DE: RESPIRACION, RELAJACIÓN, AUTOSUGESTIÓN	1. INTEGRAR TODAS LAS TÉCNICAS EN EJERCICIOS COMPLEJOS	*EJERCICIOS INTEGRALES	30 MIN.	*EDUCACIÓN *PRÁCTICO DEMOSTRATIVA *EXPOSITIVA	*DETERMINAR METAS POR NIVELES *REPETICIÓN DE EJERCICIOS
ASERTIVIDAD Y EXPRESIÓN EMOCIONAL	1. AUTOAFIRMACIÓN 2. COMUNICACIÓN EFECTIVA 3. RESOLUCIÓN DE ANSIEDAD-COMUNICACIÓN	*DINÁMICA GRUPAL DE EXPRESIÓN, COMUNICACIÓN E INTERRELACIÓN *EXPRESIÓN DE DIST. COGNITIVAS, ENTRAMTO. ASERTIVO	30 MIN.	*PSICODRAMA *SENSIBILIZACIÓN *CATARSIS MEDIATA *INTERPRETACIÓN	*IDENTIFICAR ESTILO DE RELACIÓN SOCIAL *REGULAR LENGUAJE CORPORAL *PLAN PERSONAL
AUTOEVALUACIÓN DE LOGROS, INCAPACIDADES, EXPECTATIVAS Y APRENDIZAJE	1. EVALUAR POSITIVIDAD Y CAPACITACIÓN PARA EL LOGRO DE METAS 2. EXPRESAR ANSIEDADES E INCAPACIDADES PARA SU RESOLUCIÓN	*REVISIÓN INDIVIDUAL DE MATERIAL, TÉCNICAS Y ACTITUDES *SESIÓN GRUPAL DE EXPRESIÓN EMOCIONAL	30 MIN.	*INTERROGATORIO *INTELLECTUALIZAR *EXPOSITIVA *ENSAYO CONDUCTUAL *INTERPRETACIÓN	*PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES *TAREAS EN GRADOS *PROGRAMAS DE DISTRACCIÓN

4ª SESIÓN

*Tema: Yo y mi autocontrol,
el "Aquí y Ahora".*

Objetivo 1: Determinar el nivel de comprensión y manejo de la información respecto al autocontrol individual y los afectos implicados en el rechazo, incapacidad y asimilación de dicha información. Asimismo, en las interacciones de los miembros como herramienta terapéutica en pro de la colaboración y la obtención de satisfactores interpersonales, caracterizadas por relaciones realistas y mutuamente gratificantes.

Actividades: Dinámica grupal de expresión de inquietudes respecto de la operatividad de las técnicas, modelos y programas y de las expectativas hacia al autocontrol. De inducción al análisis de las relaciones interpersonales y su función dentro del grupo -y del grupo- en relación a su papel de apoyo psicodidáctico, facilitador o de restricción en torno al logro de los objetivos.

Un foco del Aquí-Ahora consiste en una secuencia de rotación, en la cual a la experimentación del afecto le sigue el examen de dicho afecto. Los grupos deben crear un entorno en el que los factores terapéuticos sean operativos, dado que su objetivo es ayudar a cada sujeto a comprender sus interacciones con los demás miembros y deben aprender a concentrar su atención en las transacciones interpersonales inmediatas que se suceden en el grupo en el presente, proceso que maximiza el poder y eficiencia del grupo, puesto que será una vivencia con un contenido afectivo y cognitivo, al interactuar y expresarse emotivamente, pero también al analizar, comprender e integrar el significado de dicha experiencia emocional (Vinogradov y Yalom, 1996, p. 98).

1ª Fase. La experiencia emocional:

- a) Enseñar a los miembros el enfoque del "Aquí-Ahora".
- b) Reforzar el método del "Aquí-Ahora".
- c) Animar a los miembros a la autorrevelación durante el "Aquí y Ahora".
- d) Repercusiones interactivas del comportamiento interno del grupo.
- e) Hacer que el "Aquí-Ahora" sea seguro y gratificante.

2ª Fase. Comprender el "Aquí-Ahora":

- a) Ocuparse del proceso grupal.
- b) Reconocer las tensiones grupales básicas.
- c) Procesos de grupo masivos.
- d) Utilizar la transferencia y la transparencia (ver: Vinogradov y Yalom, 1996, pp. 97-121).

El grupo centrado en una tarea se propone la movilización de estructuras estereotipadas y la resolución de las dificultades de aprendizaje y comunicación, debidas al monto de ansiedad que genera el cambio. Los roles fijos al comienzo, deben configurarse en liderazgos funcionales u operativos en el Aquí-Ahora de la tarea (Ávila y Poch, 1994, p. 547).

Técnicas: Feedback (Retroalimentación), (ver: Kirsten y Schwarrz-Müller, 1976, pp. 8-15). Término tomado de la cibernética por la psicología de grupos, que se refiere a la información orientadora, sobre la diferencia entre la percepción del comportamiento e imagen que se tiene de sí mismo y "la valoración efectiva" que los demás tienen de uno. Se instruye a los sujetos sobre alternativas para facilitar la comunicación, la aceptación razonable de la imagen que tienen los demás de uno y de ellos mismos y para recoger información objetiva sobre el comportamiento

real que se tiene dentro del sistema grupal, con el objetivo de facilitar el libre comportamiento social .

Gestalt: (Se origina en F. Perls, basado en Kurt Goldstein).

Se le pide al sujeto que exprese lo que siente por otra persona, al evidenciarse la forma en que se frena, bloquea y frustra, es entonces posible ayudarlo a explorar y experimentar esos bloqueos y estimularlo a que pruebe de expresarse y vincularse de otro modo (ver: Bernstein y Nietzel, 1982).

Catarsis mediata e interpretación.

Tareas: Registro de pensamientos automáticos.

**TEMA: Yo y mi autocontrol,
el "Aquí y Ahora"**

Objetivos 2: Destacar direcciones positivas y técnicas idóneas.

Actividades: En base a la misma sesión grupal donde se determinó el nivel de comprensión y manejo de la información, el asesor dirige el foco grupal a la toma de conciencia, por parte de los sujetos, respecto de su papel dentro del grupo y de las posibles equivocaciones en la concepción y desarrollo de las técnicas y de la información, correspondiente al proceso del autocontrol y de las sesiones mismas, resaltando las direcciones positivas de las temáticas y técnicas aprendidas, así como la elección de las vías idóneas de modificación y cambio en función a las capacidades, estilo de vida, limitantes y entorno individual de cada miembro.

Elementos de arreglo para el autocontrol:

a) Intervenir en el comienzo de la secuencia de la respuesta.

b) Utilizar controles ambientales, de modo que la carga de no ejecutar la respuesta errónea no llegue a un punto en el cual su consecuencia potencial y su fuerza de respuesta, debidas a experiencias pasadas, sean demasiadas.

c) Ejecutar comportamientos alternativos que tengan un potencial de refuerzo razonablemente elevado.

d) Practicar respuestas de control y esperar que sean reforzadas por el ambiente social.

e) Especificar el comportamiento final deseado.

f) Obtener retroalimentación clara durante sus intentos de cambio.

Técnicas: Feedback, Gestalt, interpretación.

Tareas: Revisión individual de la información y metodología respecto a la aplicación de las técnicas aprendidas.

*TEMA: Ampliación de técnicas de respiración,
relajación y autosugestión*

Objetivos: Integrar en ejercicios, de mayor complejidad, las técnicas previamente aplicadas.

Actividades: El asesor instruyó al grupo en el desarrollo de ejercicios de integración, con carácter de continuidad, basados en los ejercicios previos, destacando el objetivo de conjugar las técnicas de respiración y autosugestión con los ejercicios de relajación, los cuales tenderán a lograr ésta, mediante un simple

recorrido mental de las distintas partes del cuerpo, para lo cual se agruparán los músculos por zonas para facilitar el programa de relajación, que consiste en:

-Recorrido pormenorizado de los grupos musculares con ejercicios de tensión-relajación.

-Recorrido abreviado, juntando los distintos grupos musculares con ejercicios de tensión relajación y recorrido mental.

-Recorrido de grandes partes, juntando los distintos grupos, con ejercicios de tensión-relajación y recorrido mental.

-Ejercicios de generalización y relajación diferencial.

La relajación se basa en la detección y reducción del esfuerzo muscular innecesario y contraproducente para el organismo, dado que ante tal esfuerzo muscular, el cerebro es incapaz de realizar distinciones sensoriales necesarias para mejorar la organización neuromuscular. Su objetivo es activar los centros reguladores del movimiento en el cerebro y generar un flujo de información valiosa entre músculos y cerebro (ver: Zenech y Reess, 1996, pp. 18-19).

Para que los músculos permanezcan tensos es preciso utilizar energía y en un estado de contracción muscular prolongada, hay despilfarro de energía dando como resultado fatiga crónica, así, el ingenio se limita, la memoria se deteriora y la capacidad de aprender disminuye (ver: Balaskas, 1987).

Una vez aprendido el método de relajarse mediante un simple recorrido mental de las distintas partes del cuerpo, se procedió a la generalización de la relajación a diversas condiciones, posiciones, actividades y a la relajación diferencial y autógena.

Meditación de foco abierto: "Se presta atención, se nota y deja salir silenciosamente cada estímulo que impresiona la conciencia" (Smith, 1992, p. 56).

Como parte final se incluyó una clave o estímulo repetitivo, utilizado para concentrar la atención e inducir la autosugestión, respecto a los ítemes previamente programados, dependiendo del nivel de ejercitación y los objetivos de modificación de actitud, relaciones, metas, etc., hasta lograr la integración autosugestiva y relajante.

Recorrido abreviado: Implica un recorrido más rápido, no tan pormenorizado, de los grupos musculares ya entrenados, para ello se agrupan por zonas de la siguiente forma:

1. Mano y antebrazo de ambos brazos.
2. Zonas del brazo y hombro de ambos brazos.
3. Frente, párpados y mejillas.
4. Labios, lengua y mandíbulas.
5. Hombros, pecho y parte superior de la espalda.
6. Estómago, vientre y parte inferior de la espalda.
7. Ambos muslos.
8. Ambas pantorrillas y pies.

Primero se lleva a cabo el recorrido con ejercicios de tensión-relajación y después solo con un recorrido mental (sin tensión).

Recorrido de grandes partes: Se agrupan los distintos músculos en las cuatro grandes partes del cuerpo:

1. Ambos brazos.
2. Cara.
3. Tronco.
4. Ambas piernas.

Primero se lleva a cabo el recorrido con ejercicios de tensión-relajación y después, solo con un recorrido mental sin tensión (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995, p. 379).

Es importante destacar que la toma de conciencia de la duración de la propia respiración, es un ejercicio de conciencia y no de respiración, no debe haber control ni retención de la respiración ni interferencia en ella, solo una silenciosa atención a su fluir natural. Se toma nota de la longitud o brevedad de la respiración pero no se le regula, la práctica regular llevará en forma natural a calmar y ahondar la respiración, así llegado este punto, se reflexiona acerca de:

1. El contenido del cuerpo.
2. Los elementos materiales del cuerpo.
3. El hecho de que el cuerpo no puede escapar a la muerte (ver: Balaskas, 1987, pp. 188-191).

Consideraciones: Cada ejercicio debió hacerse 2 o 3 veces seguidas alternando los períodos de tensión, variables para cada persona, pero como valor indicativo diez segundos en promedio, con períodos de relajación por lo menos tres veces más largos que los de tensión.

Técnicas: Educativa, práctico demostrativa, expositiva.

Tareas: Cada sujeto determinó las metas de inducción de la relajación y autosugestión, que el nivel de desarrollo de su técnica le fuera otorgando, en función a la complejidad y continuidad en la práctica cotidiana de los ejercicios dados.

TEMA: Asertividad y expresión emocional

Objetivos 1-2: Dirigir el foco grupal a la identificación de elementos, emociones y relaciones, restrictivos del desarrollo de la autoafirmación y de la comunicación eficiente, su análisis y pautas de modificación, para fomentar en los integrantes la reactivación de sus capacidades intrínsecas de relación y de autoconfianza.

Antes del año de edad, el niño es sensible al estímulo o aplauso y a la reprobación. Entre 8 y 9 meses, obedece a un "No". Repite actos que los demás celebran y se detiene en los que le prohíben. Comienza la posibilidad de inhibición. Los sentimientos que desarrolla con respecto a sí mismo están en estricta relación con la actitud que los demás tienen hacia él y con su experiencia general. Adquiere así, o no, sentimientos de seguridad, confianza, afirmación y vergüenza, culpabilidad, etc. (Reca, 1976, p. 79).

Actividades: Dinámica grupal de expresión emocional, de análisis y fomento de la interacción interpersonal enfocada a la detección de afectos vinculados a la incapacidad de comunicación, autoafirmación y asertividad, mediante una sesión de psicodrama y sensibilización. El asesor estructuró una sesión dinámica basada en Zinker (1995, pp. 142-145), donde se dramatizó la representación de un enjuiciamiento a un sujeto acusado de atentar contra su salud y la de la comunidad, debido a su hábito tabáquico, además de utilizar parte significativa de sus ingresos en la compra de cigarrillos en lugar de destinarla a cubrir necesidades primarias del núcleo familiar y de fomentar el enriquecimiento del monopolio tabacalero.

Se asignaron diversos papeles a los miembros del grupo, de tal forma que se integrara en su totalidad la corte o asamblea que llevaría a juicio al acusado, manteniendo la posibilidad de rolar dichos papeles en la medida en que, a criterio del asesor y en función al desarrollo de la sesión, surgiera la necesidad de implicar más emotivamente a los sujetos en la actuación de un papel que ejemplificara, más claramente y mediante una experiencia vivencial profunda, los puntos de referencia a los objetivos de la sesión previamente descritos, respecto a la iniciación, desarrollo y permanencia del hábito tabáquico y su relación con la baja autoestima, la autopunición, la comunicación y retroalimentación deficientes y la merma de la autoseguridad y la confianza en sí mismo.

La continuidad de la sesión se dirigió a motivar a los miembros a una escenificación de la génesis hipotética de los puntos resaltados, mediante una representación muda de expresión corporal, únicamente, dramatizando experiencias individuales de imitación, de imposibilidad de comunicación, de culpabilidad, de frustración ante la falta de autoestima y autoconfianza, para sensibilizar a los sujetos en los afectos implicados y en la identificación y reactivación de capacidades reales antes inhibidas, para una intercomunicación y expresión efectiva de sensaciones, percepciones frustrantes y afectos emotivos vivenciales.

Roles escénicos: Juez, fiscal, abogado defensor, acusado, miembros del jurado, parte acusadora.

Puntos sugeridos a resaltar (ver: Reca, 1976, pp. 118-141):

Necesidad de afecto, de expansión, de maduración, de crecimiento, de compañía, de seguridad, defensa y agresión, afirmación de sí mismo, necesidad de valoración, necesidad de reconocimiento, de conocimiento, cumplimiento de imperativos de orden moral.

Técnicas: Interpretación, catarsis mediata, Psicodrama de grupo: "Un protagonista interpreta ante el grupo una situación que le es propia, con la ayuda de ego-auxiliares, esta representación debe corresponder a algo vivido por el grupo" (Schützenberger, 1970, p. 101).

El psicodrama es un instrumento terapéutico... donde se trata de vivir en grupo una situación pasada, presente e incluso futura, no relatándola en un coloquio singular, sino en una acción improvisada, en una especie de comedia de arte, que se aplicase a una situación vivida... donde el protagonista expresa sus verdaderos sentimientos y escenifica la situación con ayuda de todos los personajes necesarios a la acción, los cuales van a darle la réplica (Schützenberger, 1970, p. xxix).

Sensibilización (p.111):

Proceso por el cual un sujeto receptor alcanza un estado agudo de sensibilidad, irritabilidad o receptividad.

Los objetivos de la técnica no verbal son:

- a) Tratar de desarrollar por medios miméticos una situación difícil de expresar verbalmente.
- b) Enseñar técnicas y métodos.
- c) Dar al grupo una experiencia subjetiva de psicodrama y de interacción.
- d) Crear lazos y conseguir una interacción, creando una nueva manera de comunicarse.
- e) Liberar la interacción: Resaltar el comportamiento y el aspecto emocional de la comunicación.

Indicaciones:

- a) No hablar durante la sesión.
- b) Tratar de comunicarse por todos los medios exceptuando las palabras.
- c) Al término del tiempo indicado, discutir los sentimientos experimentados y las observaciones de cada miembro.

Tareas: Identificar, individualmente, incapacidades, determinantes y estilo de relación interpersonal. Ejercitarse, individualmente, en la regulación del lenguaje corporal.

TEMA: Asertividad y expresión emocional

Objetivos 3: Inducir al grupo a la identificación, expresión y resolución de la dicotomía ansiedad-comunicación y de las distorsiones cognitivas surgidas en las interacciones personales, así como al aprendizaje de los principios básicos del entrenamiento asertivo, en pos de la libre expresión emocional.

Existen dos modelos explicativos del fenómeno de la ansiedad:

- a) Los modelos de condicionamiento, que asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas a través de procesos de condicionamiento.
- b) Los modelos cognitivos de procesamiento de información que se basan también en el aprendizaje, pero entendiendo que lo que se aprende son representaciones simbólicas de los acontecimientos externos, que con el tiempo, dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria, siendo la estructura de la información una estructura típica de miedo, que puede ser activada si en el ambiente del sujeto existe un mínimo de elementos semejantes a los de la estructura almacenada (Vila, 1996, pp. 171-177).

Distorsiones cognitivas: "Son los vínculos de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos" (Mahoney 1997, p. 65).

Esquemas: "Son los modelos internos, sobre aspectos del self y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información" (p. 64).

Pensamientos automáticos: "Pensamientos negativos de sí mismo, del mundo y del futuro o de percepción de peligro, que surgen de forma espontánea, son muy breves e incluso irreconocibles y son valoraciones del sujeto carentes de objetividad" (p. 64).

Asertividad: "Significa afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, autoestima y aplomo" (Rodríguez y Serralde, 1991, p. 1).

Entrenamiento asertivo: "Pretende, a través de conductas específicas, unir el pensamiento, la acción y el sentimiento en una unidad vital, para incrementar la sensibilidad y la comunicación de los sentimientos en el momento mismo y de una manera directa, honesta y apropiada" (pp. 36-37).

Actividades: El asesor instruyó al grupo respecto a la generación del afecto de ansiedad en las relaciones interpersonales inadecuadas, que tienen como base la alteración en la percepción, reconocimiento y expresión de las emociones implicadas, que dan origen a la formación de distorsiones cognitivas, asimismo se les instruyó sobre su identificación y las técnicas básicas del entrenamiento asertivo.

Se generó la participación activa de los miembros en ejercicios individuales de ensayos de conducta asertiva, tomados de Rodríguez y Serralde (1991, pp.79-87):

Estrategias y tácticas de la asertividad.

1. Estabilizador: Tomar en cuenta el derecho propio y el del interlocutor y elegir una conducta a seguir.
2. Guión DEEC: Describir la conducta no deseada, Expresar la emoción que provoca, Enunciar la conducta deseada, Comentar las consecuencias negativas de no cambiar el modo de conducirse.
3. Disco rayado: Repetir serenamente las palabras que expresan concretamente los deseos.
4. Banco de niebla: Aceptar las críticas manipulativas, reconociendo la posibilidad de que haya algo o mucho de cierto en lo que dicen.
5. Aceptar los errores y faltas propios (sin tener que excusarse), mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas sobre características negativas reales o supuestas.
6. Aserción positiva: La aceptación asertiva de las alabanzas, pero sin desviarse del tema central.
7. Interrogación confrontativa: Suscitar las críticas sinceras, con el fin de sacar provecho de ellas (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas).
8. Compromiso viable: Acceder a ser flexible, siempre y cuando no atañe a la dignidad.
9. Autorrevelación: Aceptar la discusión de los aspectos positivos y negativos de la propia personalidad, comportamiento, estilo de vida y opinión, con el objeto de ampliar la comunicación y reducir la manipulación.

10. Información gratuita: Escuchar activamente la información que proporcionan los demás, sin haberla pedido y de allí partir para solicitar más datos.
11. Transmisión bilateral: Verificar si la otra persona entendió lo que se dijo.
12. Recepción activa: Verificar si uno entendió bien lo que le dijeron.
13. Pregunta confrontante: Para definir un compromiso con una persona que no lo quiere aceptar.
14. Técnicas para disminuir la ira: a) Repetición e interrogación confrontativa y reflejante. b) Aceptación.

Plan personal de asertividad:

- a) Establecer el propio programa de metas, submetas y objetivos.
- b) Consignas o tareas conductuales.
- c) Diálogo sobre sentimientos.
- d) Crear una guía para rehusar peticiones no razonables.
- e) *Role-Playing* o representación de papeles, respecto a situaciones problemáticas (pp. 79-87).

Técnicas: Educativa, catarsis mediata, ensayo de modificación conductual.

Tareas: Estructuración individual del plan personal de asertividad y tareas en grados.

TEMA: Autoevaluación de incapacidades y

logros, de realización de expectativas y aprendizaje

Objetivos 1: Motivar, a los integrantes del grupo, a la evaluación y generación de la actitud positiva en la adquisición de la capacitación orientada al logro y realización de metas y objetivos del taller, detectando errores de comprensión, inhabili-

tación de material o distorsiones afectivas, que limiten el libre desarrollo individual del proyecto de autocontrol.

Actividades: Se procedió a una revisión de cada uno de los sujetos, por parte del asesor, mediante el interrogatorio directo, respecto a la comprensión, disposición y manejo de las técnicas, materiales y actitud, indispensables para el inmediato inicio del autocontrol, induciendo a cada uno de ellos a la resolución lógica de los impedimentos, supuestas incapacidades o percepciones distorsionadas y corrigiendo errores en el aprendizaje y aplicación de técnicas y programas.

Técnicas: Interrogatorio directo, intelectualización.

Tareas: Programación individual de las actividades y planeación de la aplicación e inicio del autocontrol.

TEMA: Autoevaluación de incapacidades y

logros, de realización de expectativas y aprendizaje

Objetivos 2: Expresar, grupalmente, ansiedades, miedos, inseguridades e incapacidades, respecto al aprendizaje, capacitación e inicio de la aplicación del autocontrol, para suscitar su confrontación e interpretación, en pos de su resolución, manejo y sustitución por formas de conducta y autopercepción, dirigidas a la seguridad y autoconfianza.

Actividades: Sesión grupal de expresión emocional no directiva.

Si se organiza el escenario adecuado, reuniendo a un grupo de pacientes que necesitan un tratamiento con un terapeuta supuestamente capaz de satisfacer esa necesidad, y si el

terapeuta asume el papel pasivo correspondiente a una terapia no dirigida, entonces, estos pacientes expresarán en sus palabras y en sus actos una forma manifiesta de conducta, a partir de la cual podrán inferirse tres tipos de relación de objeto (regresiones hacia identificaciones anteriores): a) La relación prohibida, b) La catástrofe temida, y c) La relación necesaria que su temor les obliga a establecer. Si en este momento, el analista propone una interpretación- es decir, si señala en el aquí y ahora las manifestaciones de estas tres relaciones de objeto-, el material subsiguiente manifestará en una forma menos reprimida, la relación de objeto evitada hasta el momento por los miembros del grupo (Kissen, 1994, p. 290).

En el grupo terapéutico la movilización hacia el alcance del objetivo integral -que consiste en efectuar cambios caracterológicos- requiere que la comunicación emocional latente desempeñe el papel fundamental, por lo que el asesor resaltó la interpretación de:

Transferencias: "Cada una de las interacciones que se realizan entre terapeuta y paciente y paciente-paciente, considerando al grupo como patrón mental y fundamento de una base operante de dichas relaciones" (Kissen 1994, p. 300).

Las reacciones reflejadas: "Una persona se ve a sí misma reflejada en las interacciones de otros miembros del grupo. Los ve reaccionar de la misma manera en que ella lo hace, o bien, en una forma que precisamente contrasta con su propia conducta. También aprende a conocerse a sí misma por medio del efecto que ejerce sobre los demás, y de la imagen que se forman de ella" (p.300).

La comunicación: "Lo importante aquí es el proceso de comunicación y no la información. Se amplía y profundiza el nivel de expresión de todos los miembros, incrementando al mismo tiempo, su comprensión de los niveles inconscientes" (pp. 301-302).

Técnicas: Interpretación.

Tareas: Programas de distracción.

5ª, 6ª, 7ª Y 8ª SESIONES

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
REVISIÓN DEL AUTOCONTROL	1. DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD INDIVIDUAL DE LAS TÉCNICAS APLICADAS	*DETALLAR PASO A PASO CONOCIMIENTOS, INCAPACIDADES Y HABILIDADES Y APLICACIONES	65 MIN.	*INTERROGATORIO *EXPOSITIVA *DISCUSIÓN DIRIGIDA	*AUTOMONITOREO *REVISIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO *ANÁLISIS DE PROGRAMAS PREVIOS *REELABORACIÓN
ANÁLISIS TERAPÉUTICO	1. AMINORAR PROBLEMAS REACTIVOS DE CONDUCTA 2. MEJORAR LAS HABILIDADES PARA EVALUAR Y MODIFICAR SU REALIDAD	*EXPRESIÓN SIMBÓLICA DE SENTIMIENTOS, CONFLICTOS, TEMORES SITUACIONES, ANHELOS, ACTITUDES Y LIMITANTES EN RELACIÓN CON EL HÁBITO	55 MIN.	*INTERROGATORIO *IMAGINACIÓN *ROLE-PLAYING *CAMBIOS DE ÁNIMO *REDEFINICIÓN *EXAGERACIÓN *INTERPRETACIÓN	

5ª, 6ª, 7ª Y 8ª SESIONES

TEMA: Revisión del autocontrol

Objetivos: Determinar la funcionalidad de la técnicas, material y programas, respecto del inicio del autocontrol para cada miembro del grupo.

Actividades: El asesor convocó a cada sujeto a detallar, paso a paso, los pormenores del inicio de su programa individual de autocontrol del hábito, describiendo los métodos de aplicación, los aspectos relevantes que no tuvieron un manejo adecuado, las carencias de información o de aprendizaje, las habilidades desarrolladas, las inhabilidades, la intervención de variables no contempladas, la efectividad o ineffectividad de los programas y proyectos de control ambiental y planeación, etc.

El grupo, en su conjunto, discutió la pertinencia del material y técnicas aplicadas y los aspectos plausibles de modificación, resaltando los métodos y alternativas que presentaron una utilidad y eficiencia, particularmente significativas, con el objetivo de que los miembros que encontraron alguna dificultad en su aplicación tomaran ejemplo y regularan, en función a los detalles descritos, las modificaciones pertinentes.

Técnicas: Interrogatorio, expositiva, discusión dirigida.

Tareas: Revisión del automonitoreo y autorregistro, revisión del material didáctico y análisis pormenorizado de los programas individuales para su depuración.

TEMA: Análisis terapéutico

Objetivos 1: Aminorar los problemas reactivos de conducta y de generación de afectos relativos a la ansiedad, respecto a la aplicación del autocontrol y del finiquito.

Actividades: Sesiones interactivas de expresión simbólica de sentimientos, conflictos, temores, anhelos, actitudes, situaciones, limitantes y logros en relación al hábito tabáquico y su modificación o control.

El terapeuta estructura las actividades del grupo interviniendo activamente, para solucionar los problemas metodológicos... una interacción no dirigida parece ejercer una influencia negativa en el proceso de tratamiento y debe de hecho impedirse... el terapeuta puede intervenir para potenciar los esfuerzos de los pacientes para alcanzar la catarsis y el insight sobre sus propias dificultades... se trata de evitar los peligros de un grupo con una fuerte carga emocional... el condicionamiento operante en la terapia de grupo interactiva, va unido al insight cognitivo y a la experiencia emocional correctiva que conlleva la práctica psicoanalítica (Kaplan y Sadock, 1996, pp. 358-359).

El asesor se mantuvo, esencialmente, con una actitud de espectador aparente, tomando nota de los aspectos dinámicos relevantes e identificando el foco grupal, para intervenir solamente cuando éste fuese desviado del objetivo de la sesión o surgieran tópicos con una carga emocional potencialmente peligrosa, mediante los elementos analíticos que Gear, Liendo y Scott (1989, pp. 323-345) resumen como:

-Señalamientos: Descripciones contextuales o secuencias del desempeño del analizado, o del desempeño del analista para con el analizado o del desempeño de otros significativos del analizado.

-Predicciones: Se le previene al analizado que dado su patrón de escape, cada vez que enfrente una situación de incompetencia, responderá de una determinada manera prefijada.

-Recalificaciones: El analista intenta rectificar tanto la descalificación, como la hipercalificación del analizado.

-Evaluaciones: Análisis objetivo del desempeño intelectual, emocional y operacional del analizado, del analista y de los significativos.

-Enriquecimientos: "Filosóficos": Los prejuicios ideológicos son gradualmente reemplazados por juicios científicos.

"Dialécticos": Las dos falsas alternativas dilemáticas son reemplazadas dialécticamente por nuevas alternativas.

-Instrucciones: Tienden a prescribir lo que el analizado debiera hacer y a proscribir lo que no debiera hacer.

-Supervisiones: Constituyen recomendaciones descontaminantes, acerca de cómo no desempeñarse frente al desempeño de los otros más significativos.

-Interpretaciones: Son explicaciones acerca de las causas del desempeño del analizado.

Técnicas: Sesiones terapéuticas interactivas.

Interacción: "El proceso terapéutico se pone en marcha y se mantiene gracias a la interacción de los miembros del grupo en forma coherente con los objetivos" (Kaplan y Sadock, 1996, p. 97).

Tareas: Reelaboración: La elaboración consiste en traducir a nuevos patrones estables de conducta lo aprendido. La integración del conocimiento sobre uno mismo. Es la pieza que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente (pp. 98-99).

TEMA: Análisis terapéutico

Objetivos 2: Mejorar las habilidades y destrezas, de los sujetos, para evaluar y modificar su realidad.

Actividades: Con base en los elementos analizados en las mismas sesiones, el asesor implicó a los sujetos detectados en la identificación y modificación de las conceptualizaciones erróneas, mediante el desarrollo de las técnicas cognitivas que Ackerman y Engel (1993, pp. 165-173) resumen como:

Técnicas: Interrogatorio directo: ¿Qué pensamientos ocurren cuando se encuentra dentro de una situación problemática, o en la situación que evocó una reacción emocional?.

-Imaginación: Utilizar la imaginación para intentar tener acceso a los pensamientos automáticos.

-*Role-Playing*: Representar un papel o minidrama de una situación con carga emocional.

-Cambios de estado de ánimo: Identificar cogniciones problema, a raíz de un cambio abrupto del estado de ánimo del sujeto.

-Redefinir: La definición específica de un problema y su descripción en términos de la propia conducta.

-Exageración: Ilustrar la naturaleza ilógica e irracional de las creencias del sujeto, mediante la exageración del comportamiento o del sentido del humor

Tareas: Reelaboración.

9ª, 10ª, 11ª Y 12ª SESIONES

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	TÉCNICAS	TAREAS
EXTENSIÓN DEL ANÁLISIS	<p>1. FAVORECER EL PROCESO DE MADURACIÓN SOCIODINÁMICA Y AUTORREALIZACIÓN</p> <p>2. AMPLIAR MARCO DE ELECCIÓN DE ESTÍMULOS QUE CONTRIBUYEN AL PROCESO</p>	*SESIÓN DINÁMICA DE INTERACCIÓN Y EXPRESIÓN EMOCIONAL	55 MIN.	<p>*CATARSIS</p> <p>*ANÁLISIS DE RESISTENCIAS Y TRANSFERENCIAS</p> <p>*INTERPRETACIÓN</p> <p>*FORMACIÓN DE INSIGHT</p>	*REELABORACIÓN
FINIQUITO DEL TALLER APLICACIÓN DEL POSTEST	<p>1. ANTICIPAR LA DISOLUCIÓN DEL GRUPO</p> <p>2. PLANEAR ESTRATEGIAS PREVENTIVAS POSTSEPARACIÓN</p> <p>3. RESALTAR LA RESPONSABILIDAD Y AUTOSUFICIENCIA</p> <p>4. * TOMA DE MEDICIONES</p>	<p>*EXPOSICIÓN GRUPAL DE INQUIETUDES EXPECTATIVAS Y FANTASÍAS Y ANSIEDADES RESPECTO AL FINIQUITO</p> <p>°REAPLICACIÓN DE CUESTIONARIOS</p>	65 MIN.	<p>*ANÁLISIS TRANSFERENCIAL</p> <p>*INTERPRETACIÓN</p> <p>*CATARSIS MEDIATA</p> <p>*PLANEACIÓN</p> <p>*CUESTIONARIOS</p>	<p>*REELABORACIÓN</p> <p>*MODELAMIENTO</p>

*SOLO EN LA 12ª SESIÓN

9^a, 10^a, 11^a Y 12^a SESIONES*TEMA: Extensión del análisis*

Objetivos 1: Favorecer el proceso de maduración sociodinámica y de autorrealización.

Actividades: Sesiones dinámicas interactivas de expresión emocional. "El grupo cohesivo brinda al individuo un apoyo efectivo en sus contactos con aspectos angustiantes de su medio, reduciendo así la ansiedad" (Kissen, 1994, p. 22).

El bloque de las cuatro últimas sesiones del taller se centró, fundamentalmente, en el desarrollo del proceso de maduración y de autorrealización de los sujetos, dentro del esquema dinámico del grupo de autoayuda propiamente dicho, donde la evolución del autocontrol implicó la necesidad de resolución de los aspectos emocionales evocados, tanto por la modificación del hábito, del entorno y estilo de vida de los sujetos, así como de los resultados de las interacciones interpersonales dentro del mismo grupo, de la anticipación del finiquito del taller, de la continuidad o disolución del grupo, de la evaluación de la realización de metas, además del hecho implícito de legar a los sujetos la absoluta responsabilidad sobre el proceso de cambio e independencia.

RELACIONES DE NEGATIVIDAD A ANALIZAR:

- Carencias de control del medio.
- Alienación.
- Anonimato.
- Falta de control predictivo.
- Falta de iniciativa.
- Generación y sustentación de la apatía.
- Pobre participación comunitaria.
- Falta de comportamiento exploratorio.
- Falta de interés político y comunitario.
- Pasividad.
- Incompetencia.
- Autoritarismo.
- Fatalismo pesimista.
- Violencia y culpa

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

El tópico de las sesiones se dirigió esencialmente a:

- Desarrollar una conciencia más objetiva del sí mismo.
- Incrementar la capacidad de asumir la propiedad de las experiencias íntimas.
- Tomar conciencia de sus necesidades y desarrollar destrezas que les permitan satisfacerlas.
- Un contacto más pleno con sus sensaciones.
- Experimentar el propio poder y la capacidad de sostenerse por sí mismos.
- Sensibilizarse a lo que los rodea y acorazarse contra situaciones potencialmente destructivas.
- Asumir la responsabilidad de sus acciones y consecuencias.
- Lograr sentirse satisfechos, en contacto consciente, con la propia fantasía y la adecuada expresión de ésta (ver: Zincker, 1995, p. 83).

Técnicas: Catarsis, análisis de resistencias y transferencias, interpretación, formación de *insight*.

Tareas: Reelaboración.

TEMA: Extensión del análisis

Objetivos 2: Ampliar el marco de elección de estímulos y factores que contribuyen al proceso de maduración y autorrealización.

Actividades: El foco grupal, del bloque en cuestión, se indujo al análisis del aquí y ahora como medio para el logro de las

intuiciones comprensivas del sí mismo de los sujetos y al análisis y uso de los comentarios sobre el proceso, o comunicación entre los miembros, en términos relacionales.

Los tres niveles del comentario del proceso, según

Kaplan y Sadock (1996)

Nivel de observación y comentario	Fuentes de información relevantes
Individual (intrapsíquico)	Lenguaje corporal, tono de voz, patrones de interacción con otros, defensas comunes
Entre miembros (interpersonal)	Patrones de comunicación entre dos miembros, áreas repetitivas de conflicto, nivel de intimidad en la interacción
Grupo como un todo (sitémico)	Nivel de energía y entusiasmo del grupo, nivel de cohesividad, evitación de temas grupales importantes

FACTORES DEPRESIVOS ESPECÍFICOS DE ANÁLISIS:

- Problemas con la regulación de autoestima.
- Super Yo severo.
- Intra-Agresión.
- Pérdida.
- Desilusión.
- Engaño.
- Hambre de estímulo (oralidad).
- Dependencia de nutrimentos narcisistas externos.
- Negación.
- Perturbaciones en las relaciones objetales.

Con base en el análisis del proceso, en función a la actitud disposición y logros de los sujetos en relación al hábito, se intentó ampliar la percepción realista del sí mismo, del entorno y de sus efectos, así como el incremento del potencial de cambio, en función a la selección adecuada de estímulos y situaciones favorecedoras de relaciones y alternativas en pro de la maduración personal.

ALTERNATIVAS PROPUESTAS:

- Formular metas claras y positivas.
- Evaluación realista del medio y de sí mismo.
- Adecuación del repertorio conductual y su efectividad.
- Entrenamiento continuo en destrezas de afrontamiento.
- Realzamiento de la autoestima.
- Formación de redes de apoyo y su divulgación.
- Cambios profundos en el ambiente inmediato y mediato.
- Fomentar la competencia sana.
- Continuidad en la educación psicoactiva.

Técnicas: Catarsis útil, interpretación, *feedback*, interacción, promoción de identificaciones, desensibilización, formación de *insight*, refuerzo, reestructuración, estímulo para el desarrollo de apoyos externos de nuevas conductas.

Tareas: Reelaboración (Incluyendo repetición de conductas).

TEMA: Finiquito del Taller

Objetivos 1: Anticipar la disolución del grupo.

"La terminación adecuada de un grupo se produce cuando todos, el miembro que se va, el terapeuta y el resto del grupo, participan en forma activa en el proceso de terminación" (Kaplan y Sadock, 1996, p. 129).

Actividades: En el bloque de éstas cuatro últimas sesiones el asesor indujo a los sujetos a la expresión de sentimientos y emociones del aquí y ahora respecto al proceso global, incluyendo una revisión de su estado inicial, a la comprensión creciente respecto a sus deficiencias y puntos fuertes en sus relaciones, a sus logros respecto al hábito, a las áreas en que debe todavía madurar y al proceso de terminación, específicamente, resaltando el *feedback* generado en los demás miembros, con el objetivo de corroborar o invalidar la concepción individual de cambio.⁷

Técnicas: Catarsis mediata, análisis transferencial, interpretación.

Tareas: Reelaboración.

TEMA: Finiquito del Taller

Objetivos 2: Planear estrategias preventivas postseparación.

Actividades: Colateralmente en este bloque se analizan las recaídas o retrocesos durante el proceso, su génesis y prevención,

⁷.-Se enfatizó en este grupo en particular, por separado, los aspectos respecto del finiquito del taller y la posible continuidad o disolución del grupo de autoayuda y la inclusión de nuevos miembros, posteriormente a su formalización, dependiendo de la evaluación y resolución de las autoridades del Instituto.

haciendo una polarización a la situación de postseparación, resaltando las alternativas preventivas en la precipitación de ansiedades, estímulos o conductas relacionadas al hábito.

Técnicas: Catarsis mediata, interpretación, planeación de la aplicación de recursos técnicos cognitivos.

Tareas: Reelaboración, modelamiento.

TEMA: Finiquito del Taller

Objetivos 3: Resaltar la responsabilidad y autosuficiencia de los miembros, en cuanto al logro o fracaso de los objetivos de autocontrol, del proceso psicoeducativo, del proceso de maduración, de la perduración y subsistencia del grupo de autoayuda, de la apertura del grupo, de la inclusión y exclusión de miembros o de la desintegración del grupo.

Actividades: Focalizar el trabajo grupal, implicando a todos los miembros activamente hacia los objetivos (3), con una participación similarmente activa del asesor, dada la necesidad de interpretación de todas las emociones generadas por el tópico en particular, sobre todo de tipo transferencial, de celos, depresión, desesperanza, abandono e ira.

Técnicas: Catarsis útil, análisis de transferencias e interpretación.

Tareas: Reelaboración.

TEMA: Aplicación del postest

Objetivos: Toma de mediciones posterior al estudio.

Actividades: Reaplicación de cuestionarios.

Técnicas: Cuestionarios.

CAPÍTULO X

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos, dentro del Taller de Autocontrol, en tres aspectos fundamentales:

Inicialmente se describirán las calificaciones en bruto que determinaron tanto el nivel de habituación, de cada sujeto, así como el nivel de ansiedad de tipo depresivo y los estados afectivos preponderantes asociados al hábito, ántes y después de la aplicación de nuestra variable independiente.

En segundo término se describen los resultados del grupo en conjunto mediante la obtención de las medias generales, las desviaciones estándar y las varianzas correspondientes, con el objetivo de esquematizar la tendencia grupal en relación a la disminución de los niveles ya citados.

El tercer punto se refiere, primordialmente, a la comparación de los resultados de dichas deducciones estadísticas, antes y después de la aplicación del estudio, en la búsqueda de la comprobación o negación de nuestras hipótesis iniciales.

Como primer punto, se detallan en la Tabla 1 los resultados de la suma del número de cigarrillos consumidos semanalmente por cada sujeto, reportados en el pretest y postest, que representan el nivel de habituación particular de cada uno, y a los cuales se les asignó un orden numérico, descendiente, relativo al nivel máximo de habituación respecto al grupo.

TABLA 1

TOTAL DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS SEMANALMENTE POR SUJETO

SUJETOS	TOTAL DE CIGARRILLOS (PRETEST)	TOTAL DE CIGARRILLOS (POSTEST)
1	140	0
2	140	21
3	140	32
4	140	0
5	119	0
6	105	0
7	105	42
*8	105	70
9	91	28
*10	84	35
11	56	0
12	56	6

*Datos no considerados por abandono del taller.

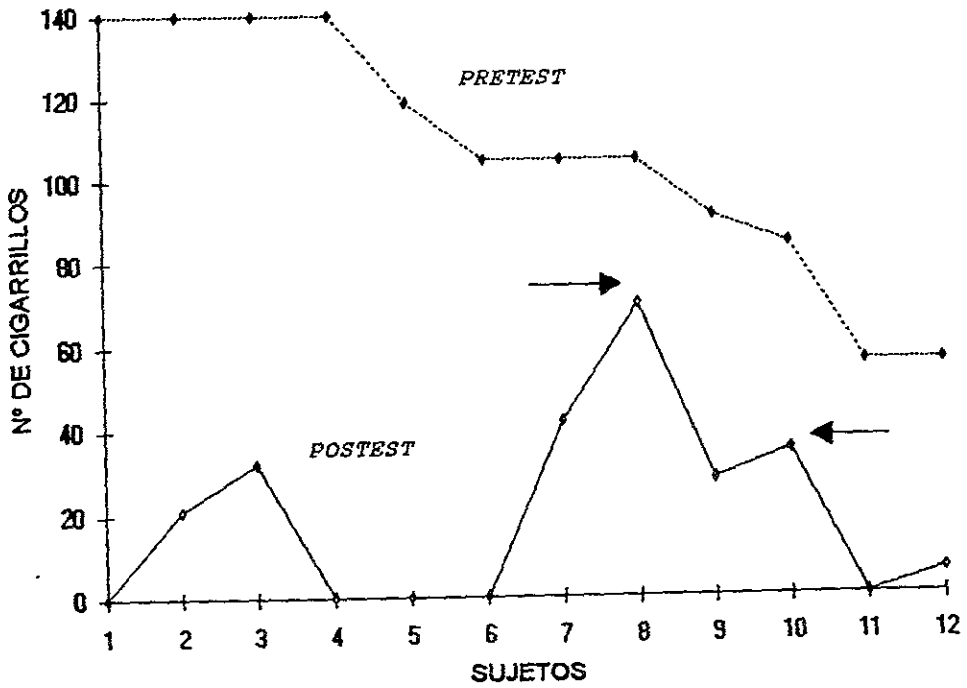
La tabla 1 ilustra el consumo semanal de cigarrillos del total de integrantes de la muestra, incluidos los sujetos N°8 y N°10 abandonaron el Taller antes de ser concluido, argumentando no poder asistir debido a otras actividades laborales, sin embargo, se tuvo la oportunidad de aplicarles el postest y se incluyen los resultados solo como elemento descriptivo que puede ser de utilidad para un análisis posterior en relación a los aspectos de tipo depresivo. En esta tabla se aprecia la disminución general del nivel de habituación de los sujetos muestra, de los cuales, cinco obtienen una calificación final de cero, y los otros cinco, aunque no llegan a tal nivel de reducción reportan una baja significativa.

A continuación se esquematizan, gráficamente, dichos datos respecto al nivel de consumo de cigarrillos por sujeto, que se recabaron antes y después del Taller (Gráfica 1.0), para clarificar su identificación. Hay que destacar que los sujetos N°8 y N°10 se incluyen como punto comparativo y que aunque reportan un descenso en su nivel particular de habituación, éste no se puede atribuir del todo a la aplicación de nuestra variable.

En esta gráfica resalta un descenso generalizado del nivel de consumo de cigarrillos, posterior a la aplicación del Taller, siendo el sujeto N°7 el que presenta el menor logro, que equivale a una disminución del 60% de su nivel inicial. Es de notar que dicha gráfica aparenta tener una forma cónica, así, los sujetos de más alto nivel de habituación se representan en una área gráfica más amplia y a medida que el nivel se reduce, se estrecha la figura. Lo que puede indicar que los sujetos de mayor nivel inicial logran una amplitud mayor de disminución del margen de consumo, que se reduce proporcionalmente en la medida que el nivel inicial era más bajo.

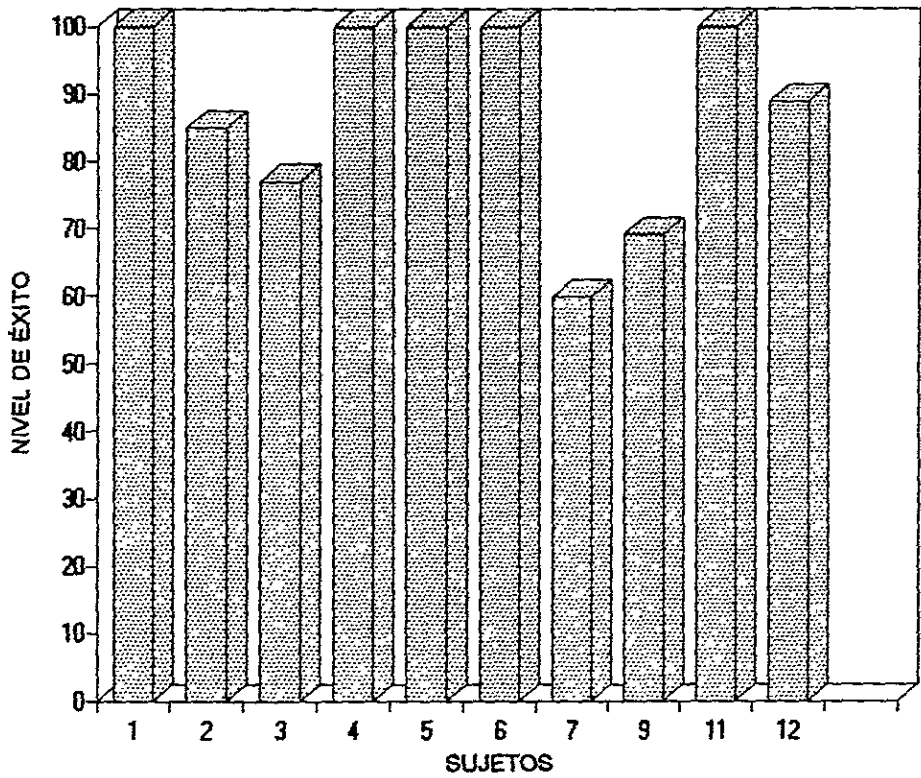
Inmediatamente después se presenta la gráfica 1.1, donde se ilustra el porcentaje de éxito, respecto al descenso del nivel de habituación de cada sujeto, que inicialmente equivalió al 100% particular de cada uno de ellos, independientemente del número de cigarrillos consumidos.

COMPARACION (PRETEST-POSTEST) DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS REPORTADO POR SUJETO



Sujetos N08 y N010, no concluyeron el Taller

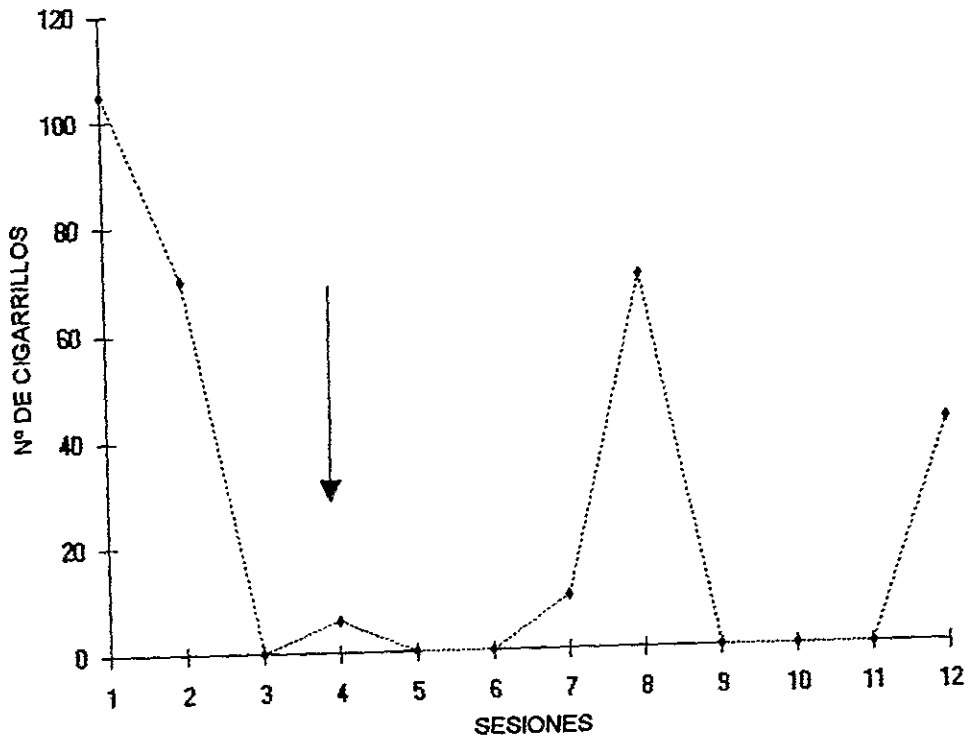
PORCENTAJE DE ÉXITO INDIVIDUAL EN LA REDUCCION DEL NIVEL DEL HABITO TABAQUICO AL TERMINO DEL TALLER



El nivel de habituación reportado inicialmente se consideró como una constante, de la cual se podrían esperar variaciones independientes del Taller como tal, debidas por ejemplo, a la inclusión de los sujetos al grupo, al temor a la crítica, a la automotivación de cambio, etc., variables que podrían afectar la fidelidad de los datos, motivo por el cual se aplicó el Taller en tres bloques de cuatro sesiones cada uno, donde en el primer bloque se intentó regular el impacto de dichas variables, de tal forma, que de la primera a la segunda sesión se pudo constatar una baja general, esperada, del nivel de habituación, que tendió a la recuperación en el intervalo de la segunda y tercera sesión, el cual tendió nuevamente a la baja a partir del inicio del autocontrol programado para el fin de la cuarta sesión.

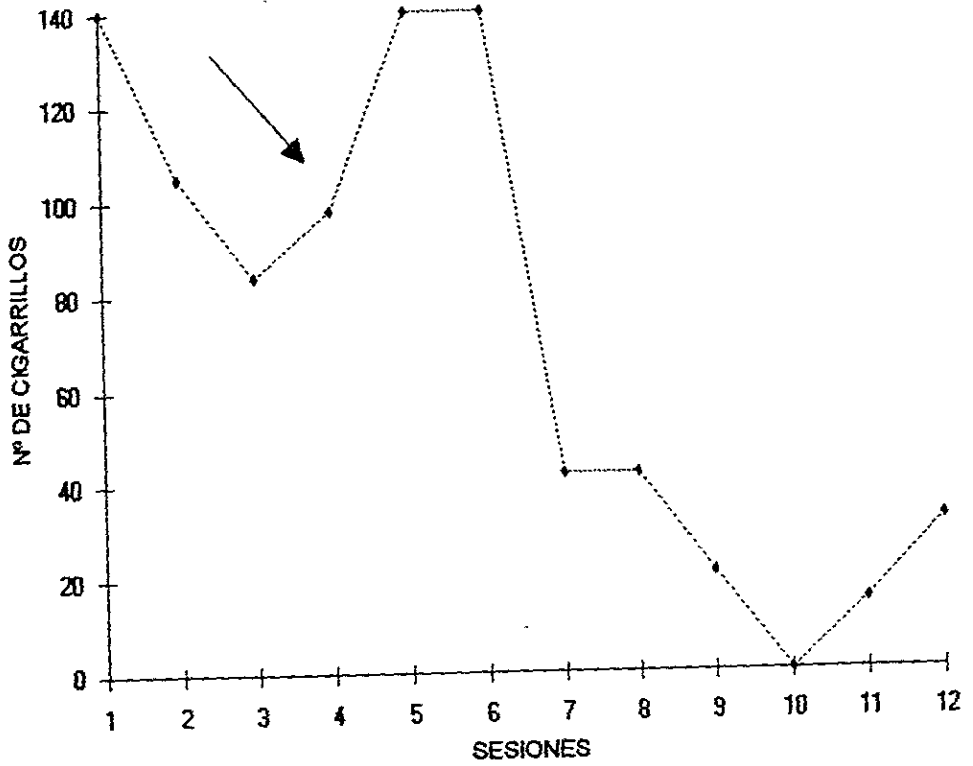
Con el objetivo de esquematizar éstos y algunos otros detalles de la evolución del Taller, durante los intervalos de cada sesión, presentamos a continuación las gráficas (2.1, 2.2 y 2.3) sobre el desarrollo de los tres sujetos que obtuvieron la más baja, la media y la más alta disminución del nivel de habituación.

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 7)



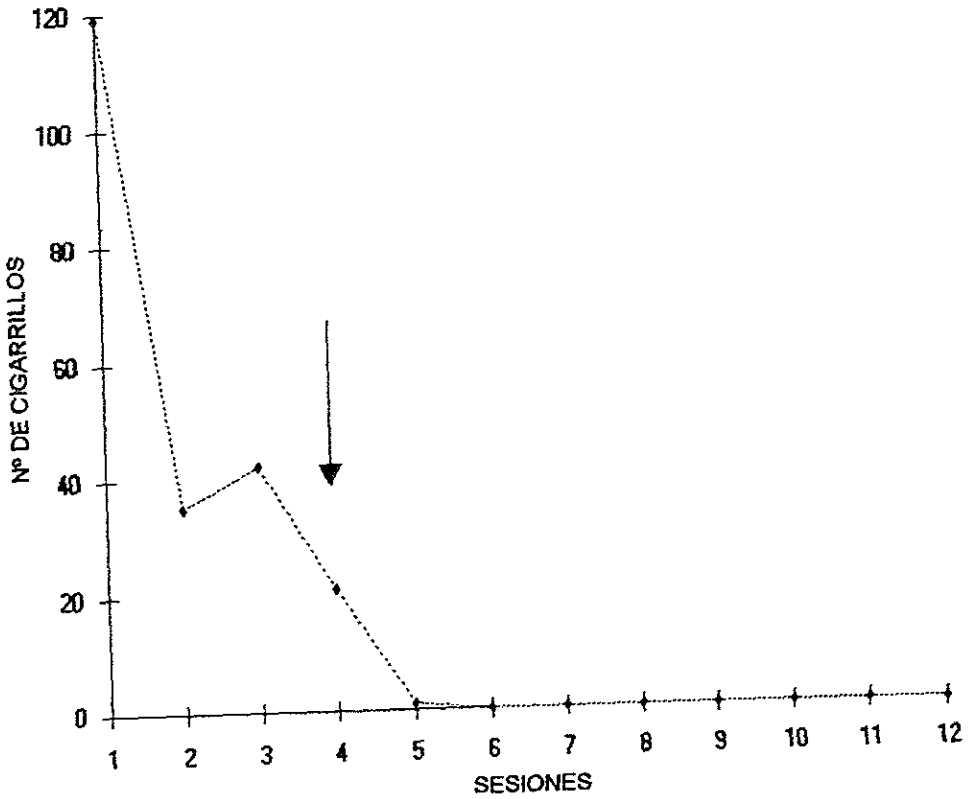
4a SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 3)



4ª SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 5)



4ª SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

La gráfica 2.1 se refiere al sujeto N°7, quien obtuvo el menor porcentaje de éxito en el Taller. En ella se muestra el descenso inicial del nivel en las primeras dos sesiones, así como una tendencia a la reincidencia y su vuelta a la baja al inicio del autocontrol, pero el sujeto no mantiene una constante y presenta fluctuaciones significativas que lo califican, al final del Taller, con una alta tendencia a la reincidencia. Hay que destacar que el sujeto reporta sus fluctuaciones más significativas precisamente en los puntos de las sesiones que implican situaciones de cambios anticipados, como son: El inicio del Taller, el inicio del autocontrol, de las sesiones de análisis propiamente dichas y en la proximidad del finiquito, situación que refleja el impacto momentáneo que ejercen las modificaciones del entorno sobre algunos aspectos psicológicos del sujeto en cuestión, pero también, su incapacidad para una modificación profunda y permanente de tales aspectos.

La gráfica 2.2 presenta la evolución del sujeto N°3, considerado como representativo del nivel medio de éxito, el cual reportó una baja inicial, pero una reincidencia absoluta del nivel original de habituación en el punto crítico del inicio del autocontrol, como resultado de una tendencia al rechazo de directrices y normatividad, que fue manejada en las sesiones posteriores, con lo que se logró una baja importante hasta la subsecuente proximidad del finiquito donde tiende a la reincidencia.

La gráfica 2.3 presenta la evolución, casi óptima, del sujeto N°5, quien reportó las variaciones esperadas y la baja absoluta del nivel de habituación, así como un firme sostenimiento.

Con el puntaje en bruto -obtenido de la suma aritmética del número de cigarrillos consumidos semanalmente por cada sujeto- se calculó la media aritmética grupal del nivel de habituación, mediante la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum fx}{\sum f}$$

Posteriormente se obtuvo la desviación estándar a partir de la siguiente fórmula:

$$DE = \sqrt{\frac{\sum f(x-\bar{x})^2}{\sum f}}$$

Por último se calculó la varianza a partir de la fórmula:

$$DE^2 = \frac{\sum f(x-\bar{x})^2}{\sum f}$$

A continuación se presenta un panorama del desarrollo del grupo en su conjunto, para lo cual se detallan en la Tabla 2 los resultados obtenidos de la media grupal del nivel de habituación, su desviación estándar y la varianza, respecto al pretest y postest.

TABLA 2

COMPARACIÓN DE MEDIAS, VARIANZA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DEL NIVEL DE HABITUACIÓN DEL GRUPO MUESTRA

	PRETEST	POSTEST
MEDIA	109.2	12.9
VARIANZA	1101.95	264.98
DESV. ESTÁNDAR	33.19	16.27

Los datos referidos en esta tabla 2 representan las diferencias del punto estimado como media del consumo de cigarrillos del grupo en su conjunto -antes y después de la aplicación de la variable independiente- así como la desviación y varianza respecto a este, tomando en consideración que en este estudio en particular, dado que el tamaño de la muestra es sumamente pequeño, se utilizaron las frecuencias originales para obtener una media y desviación empíricas que reflejaran más fielmente los resultados, optando por utilizar como prueba estadística la distribución "t de student" para muestras de pares asociados, dado el tamaño y características de dicha muestra.

A continuación, en la tabla 3 se describen las medias grupales del consumo de cigarrillos por cada intervalo entre sesión, la media general y su correspondiente desviación estándar, donde se aprecia una tendencia a las variaciones iniciales esperadas, pero después del inicio del autocontrol (*4ª Sesión), la tendencia y sostenimiento del grupo hacia la baja no es lo suficientemente firme y depende de los puntos críticos del Taller, presentando al final una leve tendencia hacia la reincidencia.

TABLA 3

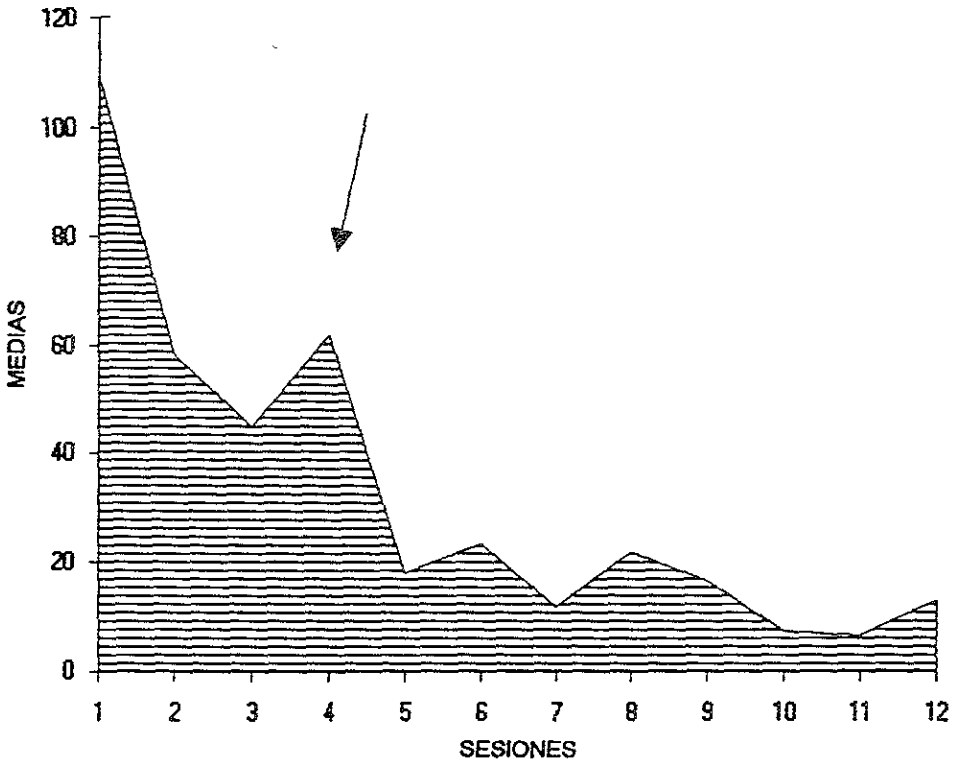
*MEDIAS DEL CONSUMO GRUPAL POR INTERVALO ENTRE SESIÓN,
SU MEDIA GENERAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR*

SESIONES	MEDIAS
1ª	109.2
2ª	58.1
3ª	44.7
*4ª	62.0
5ª	18.1
6ª	23.4
7ª	11.7
8ª	21.8
9ª	16.7
10ª	7.4
11ª	6.6
12ª	12.9
MEDIA GENERAL	DESV. ESTÁNDAR
32.71	30.64

La gráfica 3.1 que se expone a continuación, presenta la media grupal del consumo de cigarrillos reportado por intervalo entre sesiones a través del desarrollo del taller, donde se pueden observar algunos elementos anotados respecto a la tendencia a la baja inicial, su reincidencia momentánea, el inicio del autocontrol que marca un punto de descenso importante y un relativo mantenimiento de la baja en las posteriores sesiones, que grupalmente no alcanza en ningún punto el descenso total.

Inmediatamente después se presenta la tabla 4, que contiene los puntajes de cada uno de los sujetos integrantes del Taller obtenidos en la prueba sobre depresión, donde se detalla la comparación pretest-postest, en cada una de las escalas y que representa el vehículo para deducir las variaciones en los niveles de ansiedad, dentro de los elementos del tono afectivo tendientes a la depresión que ya hemos mencionado, en la cual se puede apreciar que los puntos que se refieren a la capacidad de disfrutar y a la suma de los positivos varios, cuya tendencia a la positividad fue invertida para fines de descripción gráfica, obtienen las calificaciones más altas, aun antes del experimento, dado que implican elementos sustanciales del sentido positivo indispensable de la sociabilidad, así como elementos naturales de expectativas de vida y superación intrínsecos del hombre, sin embargo, la calificación del postest en algunos casos refleja la posibilidad de incrementar el nivel de estos elementos.

MEDIA GRUPAL DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS POR SESION



4ª SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

En la tabla 4, que a continuación se presenta, se observan los puntajes obtenidos por cada sujeto respecto a las escalas de la prueba sobre depresión, tanto del pretest como del postest, que nos permiten deducir las variaciones del tono afectivo respecto a la ansiedad de cada sujeto y en relación a los conceptos operacionales depresivos ya definidos.

Respecto a los resultados de las dos últimas escalas, que se refieren al total de depresivos y al total de positivos, no se incluyen dado que implican la suma de puntajes de algunas de las otras escalas. Se advierte también que se invirtió el sentido de los puntajes de escalas como AA y PV, hacia la baja, proporcionalmente al grado de variación obtenido, para unificarlas gráficamente con las demás escalas.

La tabla en general representa solo las variaciones en los puntajes de las escalas de la prueba sobre depresión, pero podemos deducir de ellas que los cambios más sobresalientes se refieren al posible aumento de la capacidad, en los sujetos, para autoevaluarse positivamente, para enfrentar un supuesto entorno amenazante y del poder disfrutar, así como la alternancia del tono de ansiedad de algunos de los sujetos y lo estático de éste en algunos otros, elemento que nos sirve de referencia respecto de algunos aspectos como la pasividad, la rebeldía, la inestabilidad emocional, la carencia de iniciativa etc., para la identificación de los elementos psicológicos incapacitantes o facilitadores del autocontrol efectivo y su relación con la ansiedad depresiva.

TABLA 4. PUNTAJES DE LAS ESCALAS DE LA PRUEBA SOBRE DEPRESIÓN:

sujeto	ESCALA AA		ESCALA RA		ESCALA PS		ESCALA AE		ESCALA PM		ESCALA SC		ESCALA DV		ESCALA PV	
	pre	pos	pre	pos	pre	pos	pre	pos	pre	pos	pre	pos	pre	pos	pre	pos
1	60	40	40	30	40	30	50	20	50	20	30	20	50	20	90	80
2	60	50	30	30	40	30	20	30	50	20	20	20	20	20	80	60
3	40	50	10	20	10	20	10	10	10	10	10	10	10	10	80	50
4	80	60	50	20	60	30	50	20	50	30	20	10	20	20	90	40
5	80	60	60	40	50	10	40	20	50	30	40	30	30	20	100	80
6	80	60	60	30	60	40	40	40	40	60	20	40	20	30	100	80
7	30	10	10	10	10	20	10	10	10	10	10	10	10	10	60	90
*8	10	10	10	20	30	10	10	10	10	10	20	10	10	10	90	50
9	50	40	20	30	20	30	30	20	30	20	10	10	20	50	100	60
*10	10	30	20	20	40	20	40	20	10	20	20	20	20	20	100	60
11	60	60	60	50	50	40	40	30	30	30	40	30	70	20	90	70
12	40	50	50	60	30	30	20	10	20	20	20	10	20	10	90	80

*Datos no considerados.

ESCALAS:

- AA= ÁNIMO-ALEGRÍA (TENDIENTE A LA DEPRESIÓN).
- RA= RESPUESTA AFECTIVA.
- PS= PROBLEMAS SOCIALES.
- AE= AUTOESTIMA.
- PM= PREOCUPACIÓN MUERTE/VIDA.
- SC= SENTIMIENTOS DE CULPA.
- DV= DEPRESIVOS VARIOS.
- PV= POSITIVOS VARIOS (TEND. A LA DEPRESIÓN).

Con los puntajes obtenidos en la prueba sobre depresión se calcularon las medias grupales de cada una de sus escalas, así como su media general y su distribución estándar, que se representan a continuación en la tabla 5, donde se les muestra comparativamente respecto al pretest y postest.

TABLA 5

TABLA COMPARATIVA DE LAS MEDIAS GRUPALES DE CADA ESCALA SOBRE DEPRESIÓN, MEDIA GENERAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR PRETEST-POSTEST

ESCALAS		MEDIAS PRETEST	MEDIAS POSTEST
ÁNIMO-ALEGRÍA		58	48
RESP. AFECTIVA		39	32
PROBLEMAS SOC.		37	28
AUTOESTIMA		31	21
PEOCUP. MUERTE		34	25
SENMTO. CULPA		22	19

DESV. ESTÁNDAR		VARIANZA		MEDIA GENERAL	
PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
11.95	10.49	142.96	110.16	36.83	28.83

La tabla 5 aquí descrita, presenta la tendencia grupal hacia el descenso de las medias correspondientes a cada escala del instrumento sobre depresión, antes y después de la aplicación de la variable independiente, así como la media general, varianza y desviación estándar, que acusan similar sentido.

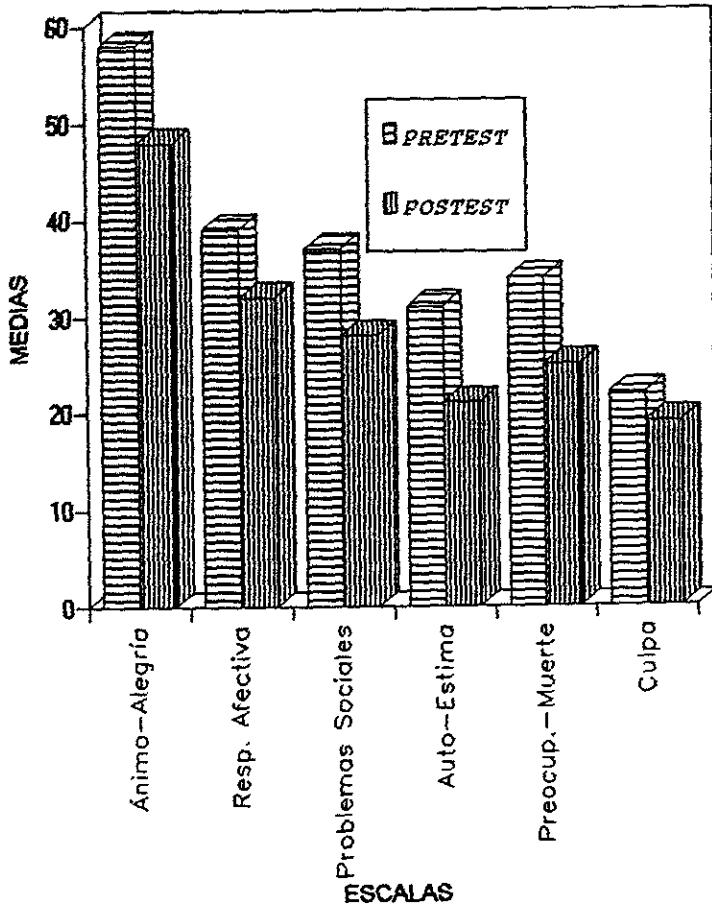
Los resultados obtenidos respecto de las medias grupales de las escalas de la prueba sobre depresión se detallan a

continuación, comparativamente, en la Gráfica 3.2, en la que se destaca la tendencia grupal a una variación mayor en las escalas de autoestima, ánimo-alegría, problemas sociales, variación que es mucho menor en la escala de autopunición, lo que pudiera ser resultado de la participación e influencia del grupo en cuanto a la adecuación y modificación de factores psicológicos de relación interpersonal, así como de un incremento de la toma de conciencia grupal de la culpa implícita en la errónea conducta habitual:

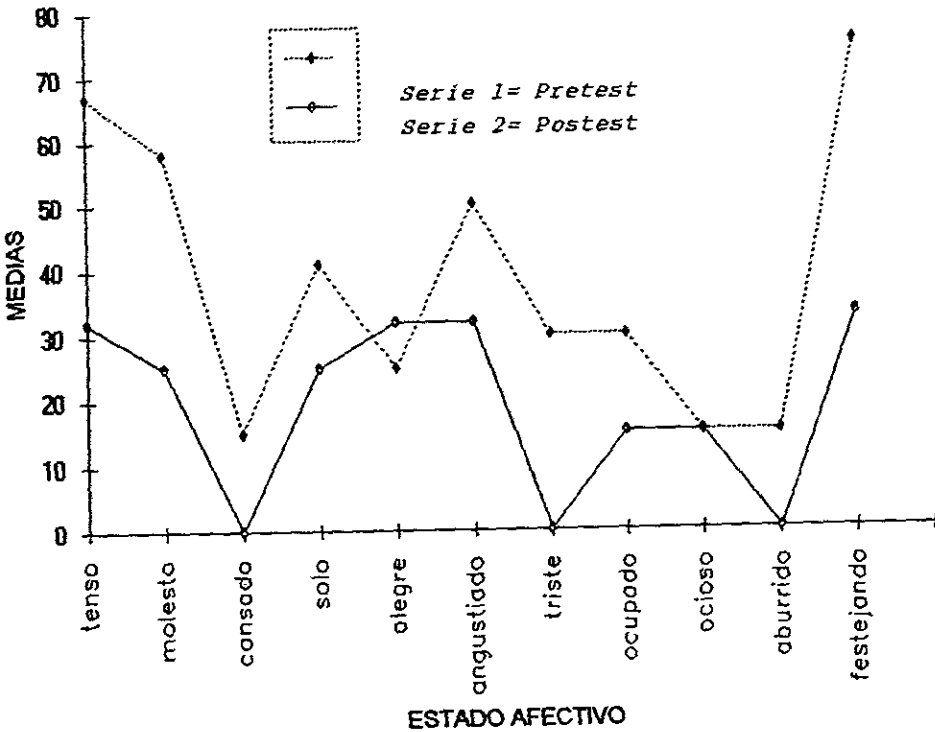
Inmediatamente después se describen en la Gráfica 3.3 los resultados comparativos de la media grupal, respecto al estado afectivo preponderante asociado al fumar, donde se aprecia una notable disminución de la propia percepción del estado relativo a la ansiedad de los sujetos al fumar y ante su proceso de deshabitación, pero también, una variación mínima en su concepción de lo inadecuado de fumar en situaciones sociales de festejo y de permisividad ante las influencias sociales negativas para el control del hábito.

A partir de esta gráfica es posible deducir el probable impacto de la variable sobre algunos logros de los sujetos, respecto a su manejo del entorno, así como del desarrollo del aprendizaje del autocontrol y al aumento de sus resistencias al adoctrinamiento y capacidad de planeación y modificación del medio ambiente.

MEDIA GRUPAL COMPARATIVA (PRETEST-POSTEST) DE CADA ESCALA DEL INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION



DIFERENCIA DEL ESTADO AFECTIVO PREPONDERANTE ASOCIADO AL FUMAR, A NIVEL GRUPAL, REPORTADO EN PRETEST Y POSTEST

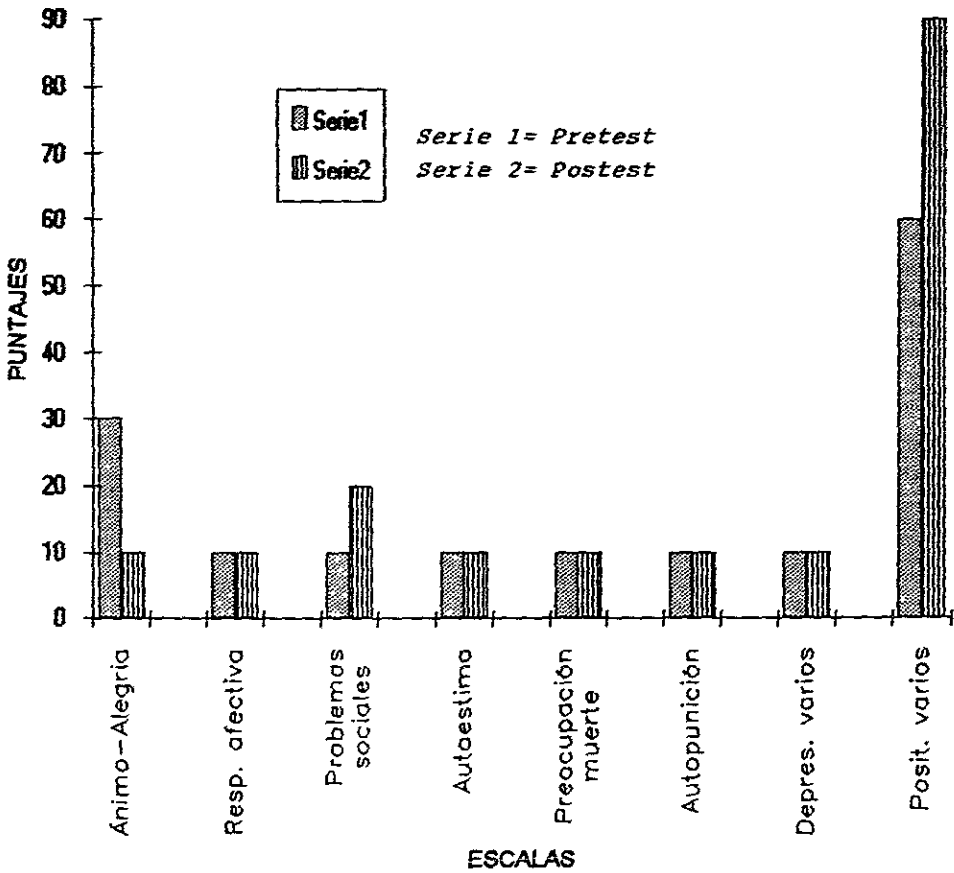


Las escalas de mayor variación de la prueba sobre depresión reflejan, en general, el papel del grupo como elemento de apoyo en la reducción de la ansiedad, en la sociabilidad y en el autoconcepto positivo para el manejo de conflictos de interrelación, de autoevaluación y para la percepción de un entorno menos amenazante, para ilustrar esto a continuación se representan en las gráficas 4.1, 4.2 y 4.3, las calificaciones de los tres sujetos considerados como representativos de la más baja, la media y la más alta variación de los niveles de ansiedad depresiva, para tratar de esquematizar más detalladamente la globalización de los rasgos que presentó cada uno de ellos, antes y después del Taller.

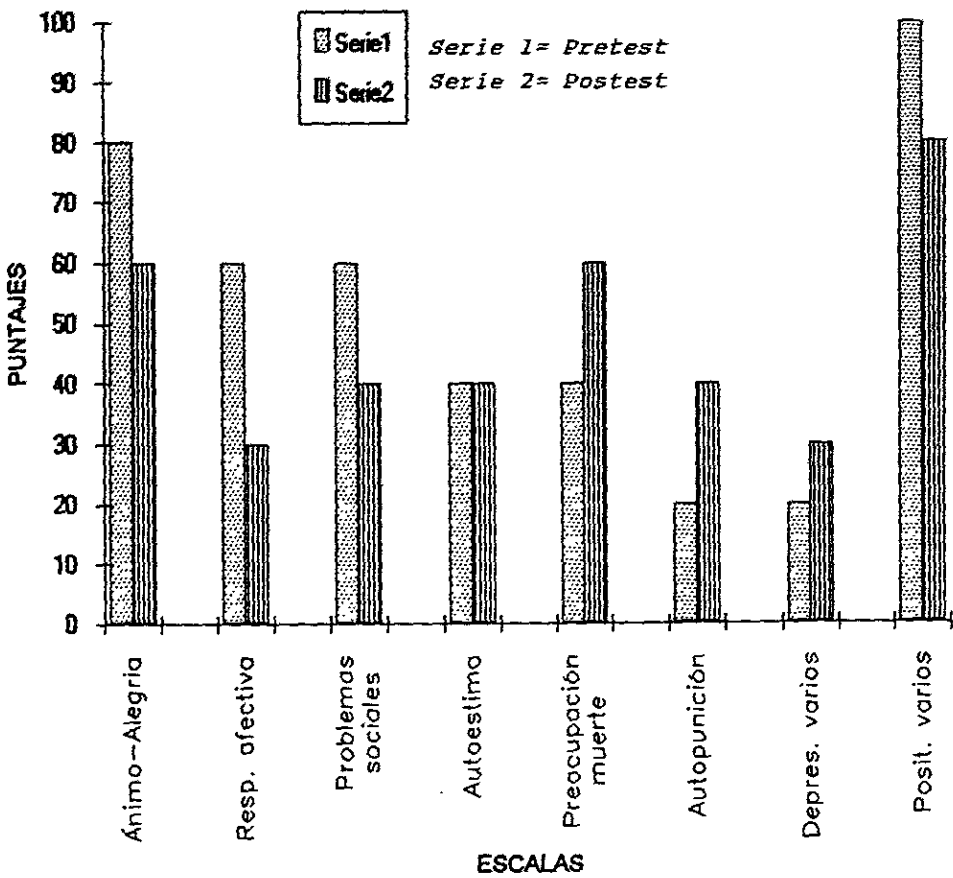
Debemos anotar que las variaciones en las calificaciones de las escalas correspondientes a la prueba sobre depresión no fueron en todos los casos tendientes a la baja; debido, aparentemente, a que los rangos de ansiedad pueden ser adaptados por el sujeto dentro de diversos niveles, con el objetivo de adecuarse a las exigencias de su entorno, de tal forma que, puede tender a aumentarse el nivel en algunas escalas y ser disminuido en otras, siendo positivas estas variaciones respecto a su manejo dentro del autocontrol y el caso inverso de estaticidad, negativo a éste.

Para más detalles, o análisis de estos puntos, se incluyen en el anexo las demás gráficas correspondientes a los sujetos restantes, respecto a dichas calificaciones.

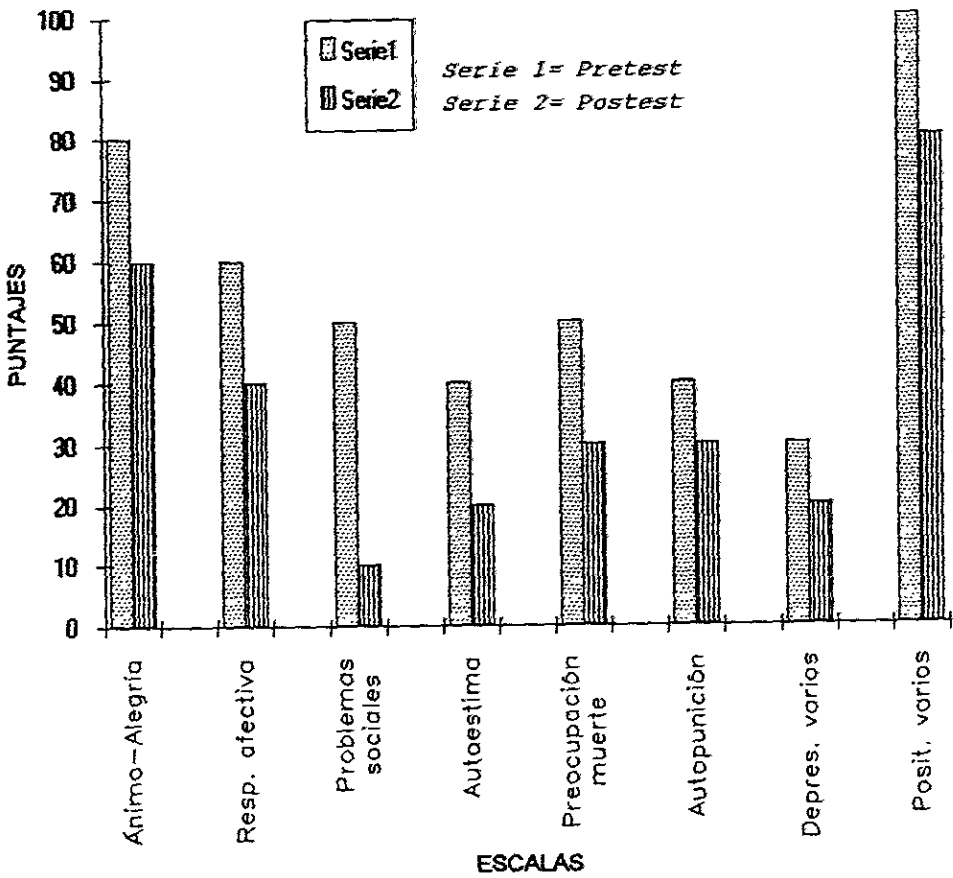
PUNTAJES PRETEST-POSTEST POR ESCALAS DEL INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 7)



PUNTAJES PRETEST-POSTEST POR ESCALAS DEL INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 6)



PUNTAJES PRETEST-POSTEST POR ESCALAS DEL INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 5)



En la gráfica 4.1, anteriormente presentada, se esquematizan las variaciones de las calificaciones del sujeto N°7, que como se puede observar son casi nulas, reflejando una incapacidad de movilidad tanto en el sentido positivo como en el sentido negativo, implicando un aplanamiento que le impide la expresión, modificación y control de los aspectos de ansiedad y al decaimiento del ánimo hacia el final del estudio.

Cabe mencionar que dicho sujeto calificó con el promedio más bajo de éxito respecto al descenso del nivel de habituación.

En la gráfica 4.2 se presentan las calificaciones del sujeto N°6, considerado como representativo del nivel medio de variación de los aspectos en cuestión, reflejando intervalos de incremento, incluso en escalas como la preocupación por la muerte/vida y la autopunición, que pudieran explicarse por la concientización respecto al fumar y sus efectos, pero presenta un descenso en la ansiedad respecto a la sociabilidad, a la expresión del afecto y a la capacidad de disfrutar, que corresponde a las expectativas de modificación dado su porcentaje del 100% de disminución del nivel de habituación.

En la gráfica 4.3 se exponen las calificaciones del sujeto N°5, que es el representativo del más alto descenso, tanto del nivel de habituación como de los niveles de ansiedad depresiva, donde se puede observar la disminución de los puntajes de cada una de las escalas, que aún siendo aparentemente mínimos, representan cambios del tono afectivo en su autoconcepto.

A continuación, se presentan en la tabla 6 las medias, desviaciones estándar y varianzas comparativas del pretest y postest de la muestra global, respecto al nivel de habituación y al nivel de ansiedad depresiva..

TABLA 6

TABLA COMPARATIVA DE LOS NIVELES DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DE ANSIEDAD DEPRESIVA DE LA MUESTRA GLOBAL, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

	NIVEL DE HABITUACIÓN		NIVEL DE ANSIEDAD DEPRESIVA	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
MEDIA GRUPAL	109.2	12.9	36.83	28.83
DESV. ESTÁNDAR	33.19	16.27	11.95	10.49
VARIANZA	1101.95	264.98	142.96	110.16

En esta tabla 6 se presentan los puntos generales de comparación de los niveles del grupo en su conjunto, antes y después del presente estudio, que reflejan la diferencia del valor de nuestras mediciones iniciales y finales, confirmando las hipótesis alternas y descartando las hipótesis nulas, sin intentar comparar numéricamente los descensos de ambos niveles, ya que son constructos comportamentales sumamente disímiles tanto en su conceptualización como en los elementos factibles de medición de cada uno de ellos, pero se considera como aceptable el comparar la tendencia media grupal hacia la disminución de ambos niveles, así como la disminución de los puntos de dispersión y desviación respecto de sus correspondientes medias.

CAPÍTULO XI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al inicio del estudio nos planteamos la meta de elaborar un procedimiento que aportara alguna alternativa concreta en la resolución de la problemática que implica el tabaquismo, mediante la capacitación y adiestramiento de los sujetos implicados, en el desarrollo de las habilidades necesarias para el autocontrol del hábito y la ansiedad depresiva asociada a éste, siendo nuestro principal objetivo la disminución de los niveles reportados antes de la aplicación de la variable independiente, lo cual requirió de la instrumentación del ambiente idóneo que proporcionó los elementos de apoyo psicológico, aprendizaje vicario y cohesión, que aportó el formato de grupo de Autoayuda y las alternativas prácticas del método de autocontrol.

Para determinar la dimensión actual del problema del hábito tabáquico, así como su evolución, nos avocamos a la revisión, tanto de datos estadísticos como de aspectos históricos del consumo del tabaco, lo que nos ofreció un panorama de su desarrollo desde su uso inicial con fines mágicos y religiosos, hasta su actual asociación con una serie de padecimientos físicos, problemas económicos, aspectos sociales, etc. Posteriormente, se determinó el incremento de las complicaciones psicofisiológicas asociadas al hábito, así como los múltiples factores de iniciación y mantenimiento que abarcan casi todo el entorno del fumador, quien pervive en un constante riesgo para

su salud y la de sus cohabitantes, concluyendo la necesidad de una permanente educación pública respecto a la modificación de la imagen modelo que se tiene del fumar y su gratificación social, ya que los modelos revisados sobre la iniciación del hábito coinciden en la implicación de la adopción por aprendizaje imitativo y en el reforzamiento social de la tendencia a la estimulación y a la necesidad, que sustenta el fumador, de intentar controlar aspectos externos que le producen inseguridad, como el estrés o el rechazo social, siendo ambos reactivos de la ansiedad.

Identificamos, también, los elementos psicológicos generales del fumador que nos permitieron visualizarlo como un sujeto con una velada perspectiva negativa de sí mismo y de su entorno, que le induce a limitar su capacidad de disfrutar sin el uso de falsos recursos reguladores de su ansiedad, principalmente de carácter oral, por lo que analizamos las alternativas que pudieran brindarnos los elementos terapéuticos de grupo orientados a la evocación, integración y maduración del tono afectivo; para la integración de estos sujetos en una situación didáctica vivencial que les otorgara el desarrollo de la seguridad necesaria para manejarse en un entorno social, para ellos amenazante, sin el uso de dichos recursos; por lo que se analizó el proceso enseñanza-aprendizaje para determinar los aspectos motivacionales, técnicos y tácticos para el logro del aprendizaje reflexivo de los elementos incluidos dentro del Taller, propiamente dicho, así como de los aspectos referentes

al autocontrol, que requirieron de una sustentación técnica de autorregulación comportamental a través de la identificación de los elementos factibles de modificación y de aprendizaje-desaprendizaje.

La aplicación empírica de nuestro estudio se llevó a cabo intentando la mayor objetividad posible, tanto en la toma de mediciones como en la aplicación de técnicas, operacionalidad y control de variables, en la conciencia de las limitaciones que implicó el hecho de que el objetivo no fue propiamente experimental ni de análisis de componentes, por lo que se analizaron los resultados tratando de no deducir más allá de lo reflejado por las mediciones concretas, aun conteniendo innumerables aspectos dinámicos que pudieran ser objeto de diversos análisis.

En las calificaciones obtenidas del grupo muestra, respecto a los niveles del hábito tabáquico antes y después de la aplicación del Taller, se encontró una diferencia altamente significativa ($p < 0.005$), como resultado de la comparación de la "Muestra de pares asociados mediante una distribución t de student de un extremo", con $n-1$ grados de libertad, mediante la aplicación la siguiente fórmula⁸:

$$t = \frac{\bar{x} - \mu d}{sd/\sqrt{n-1}}$$

⁸ver: Holguín y Hayashi, (1977), pp.174-178.

En el caso de las puntuajes de las escalas sobre depresión, se consideró más adecuado el utilizar el método de "Comparación por rangos de muestras asociadas por medio de las tablas de Wilcoxon (1945)", para determinar la significancia de las diferencias encontradas por escala debido a sus características de rango, obteniendo como resultado una significancia global ($p \leq 0.05$), derivada de la siguiente fórmula³:

$$p = 2 \left[1 + \sum_n \left(\frac{f - r - \binom{n}{2}}{\sum_{f-n}} \prod_n \right) \right] / 2q$$

Resultados que le conceden al Taller la condición de ser una variable de utilidad práctica en la disminución de dichos niveles, al descartar nuestra hipótesis nula y confirmar la hipótesis alterna.

Respecto a esta deducción numérica debemos anotar que nuestro estudio, por su complejidad, puede ser de una utilidad relativa en comparación con otros métodos, aún habiendo confirmado nuestra hipótesis alterna inicial y es tal vez, con respecto a la posibilidad futura de analizar los elementos determinantes de la incapacidad de movilidad y adecuación de los aspectos de ansiedad depresiva de los sujetos detectados, donde resida el valor real de nuestro experimento, dado que no es suficiente el señalar la relación existente entre los aspectos depresivos estudiados y los niveles de habituación.

³ver: Wilcoxon, (1945), p.82

Así, los resultados plantean la necesidad de estudios posteriores sobre los elementos que determinan no sólo la disminución de un nivel cuantificable de ansiedad, como se propuso en la hipótesis, sino que además se propongan identificar aquellos procesos psicológicos finos, si los hubiese, que inciden en la adecuación o control de dicha ansiedad como elemento alienatorio, o liberador, respecto al sentido comportamental de los sujetos en relación a la habituación.

El grupo en cuestión permitió detectar, durante las sesiones dinámicas, la relación existente entre los rasgos individuales de adecuación de dicha ansiedad depresiva, cuyo nivel puede no ser directamente proporcional al de habituación, pero sí, probablemente, con la capacidad de cada quién para correlacionar los procesos globales de aprendizaje y maduración, con el sentido, intensidad y dirección de ésta, en relación con sus logros concretos en el Taller de autocontrol.

La determinación de las técnicas y procedimientos factibles de uso, respecto a la identificación, control y modificación de los aspectos psicológicos y comportamentales acotados en el presente estudio, nos permite concluir el cumplimiento de los objetivos primarios, dirigidos a la implementación de un instrumento aplicable a la regulación del complejo proceso de autocontrol, respecto al hábito, y de maduración, respecto a los elementos depresivos que le son concomitantes.

La complejidad del experimento y las limitantes de tiempo, espacio y recursos, no permiten concluir la absoluta ingerencia

de la variable independiente, respecto a los resultados obtenidos, aun habiendo logrado un grado elevado de efectividad en la disminución del nivel de habituación, en la muestra en particular, dado que se careció de la posibilidad de instrumentar las mediciones necesarias para determinar los niveles de aprendizaje, cumplimiento de tareas, de conceptualización, comprensión y aplicación del cúmulo de técnicas, información y procedimientos que conformaron el Taller, que nos permitieran un mejor control de variables extrañas y confirmaran el valor de la muestra.

Consideramos importante señalar que los resultados que se esquematizan en el reporte de la diferenciación del estado afectivo preponderante asociado al fumar (p.241), son un fiel reflejo de algunos elementos que la muestra de sujetos difícilmente pudieran haber manipulado, de tal forma, que podemos deducir que las disminuciones aparentes del estado afectivo reportado implican la continuidad en la percepción de un estado de ansiedad, aunque disminuida, y la permanencia del deseo de fumar, incluso de hacerlo, que se refleja en los reactivos de alegre y festejando, que nos da pauta a considerar un posible proceso inconcluso de maduración que les permite concebir al hábito, ya no como un recurso ante dicha ansiedad depresiva, pero sí como un elemento de autosatisfacción.

Un aspecto discutible de los resultados obtenidos en el presente estudio es el que reflejan solo una parte del problema real que implica el hábito, y su relación con los aspectos

referentes a la ansiedad; me refiero al hecho de que todos los elementos teóricos y los antecedentes estudiados, enfocan al hábito como resultado de un aprendizaje a través de la imitación e inducido por la curiosidad, pero como si fuera un proceso optativo o casi producto del azar, o que se puede o no llevar a cabo, dependiendo de las circunstancias y de la ocurrencia ocasional de los elementos facilitadores para su desarrollo, y consecuentemente, como si se pudiera efectuar en cualquier sujeto que se expusiera a dichas circunstancias.

Durante la evolución de las sesiones del Taller se pudo constatar la existencia de los elementos mínimos necesarios para el logro y concretización de un proceso de aprendizaje en los sujetos.

De la misma forma, la relación que existe entre dicho proceso de aprender y la capacidad o incapacidad de manejo de su ansiedad, la cual puede bloquear casi en lo absoluto, o disparar, una aparente energía impulsiva, así como su disposición, atención, retención y actitud, en la medida en que implica una relación directa con el poder de control o expresión de aspectos emocionales; relación que se reflejó en el común de la conducta de los sujetos como una búsqueda constante, y casi impulsiva, de satisfactores y de relaciones que implicasen una fuerte carga emotiva.

Aspecto que se consideró como elemento que les permite dar la apariencia de un supuesto control de sí mismos o de las circunstancias. Esta afirmación se corrobora en los reportes de

autorregistro de los sujetos, los cuales contienen una serie de elementos referentes a las sensaciones de temor, autoagresión, ira, desconcierto, desconsuelo, soledad, frustración, etc., que se fueron reportando como resultado de sus intentos de un autocontrol real, que en la medida en que fueran siendo superadas, o quedaran estáticas y fueran reportadas en una polaridad inversa, daban la pauta para superar su evolución, o retraso, respecto al proceso de aprendizaje y de involucración activa en la toma de una firme decisión respecto al particular autocontrol y a su consecuente efectividad.

De tal forma que podemos asentar; que el impacto más importante que pudo tener el presente trabajo sobre los sujetos implicados, y su hábito, fue el incremento en su autoconcepto y en la clarificación de su dependencia, sustentada ésta en una incongruente relación con un objeto inadecuado, obteniendo de la situación específica de grupo y de su interacción dinámica, la capacidad de identificar el tono afectivo de sus emociones, la relación de éstas con su comportamiento dependiente y el desarrollo de su capacidad de manejo y adecuación de dicha relación, así como el control de algunas variables de su entorno.

Así, el proceso de desaprender-reaprender generado por el Taller presenta logros parciales, en la medida en que aparentemente fue factible la modificación sustancial de algunos aspectos dinámicos, por ejemplo, en los sujetos que al final del estudio no presentan tendencias a la rehabilitación, pero no

así, en aquellos que aún con una aparente disminución total en alguna fase del desarrollo del Taller, tienden posteriormente a retomar el complejo comportamiento.

Un aspecto que puede clarificar los puntos a los que me he referido es el poco, o nulo logro, respecto a concretizar en éste tipo de sujetos la conciencia real de los efectos nocivos del fumar a largo plazo, dado que para ellos es concebido como algo ajeno y sumamente improbable, ya que para el fumador el concepto carece de la posibilidad de una sensibilización inmediata y de la relación con su permanente búsqueda de estímulos relativos al sustrato emocional, que al limitarse al contexto cognitivo no logra una reelaboración de efectos permanentes en dichos sujetos.

Colateralmente podemos cotejar la parcialidad de los logros en el presente estudio, con un breve análisis de los datos obtenidos en los dos sujetos (Nº8 y Nº10), que abandonaron inconcluso el Taller, de cuyos puntajes podríamos deducir una aparente correlación entre la inmovilidad o incremento de algunos elementos depresivos acotados en nuestra definición operativa, como el alejamiento, descontento, poca capacidad para aceptar ayuda, aburrimiento y falta de energía (escala AA), con una exacerbación de los afectos relacionados a la tristeza, la desgracia y la queja (escala RA), correlación que solo presenta similitud con el sujeto Nº12, que presenta una evolución inconstante y un pobre pronóstico respecto al autocontrol futuro del hábito.

El desarrollo de nuestro trabajo presentó un reto, que fue superado debido a la intervención del Taller en dos planos fundamentales, los cuales implicaron una dificultad lógica de integración, me refiero al uso de técnicas específicas respecto a la modificación conductual y del entorno de los sujetos, por una parte, y por otra, respecto al manejo interpretativo de los sustratos dinámicos, considerados como generadores tanto de las conductas desadaptativas como de las nuevas alternativas de relación y autoconcepto, que encontraron en el formato de grupo el sostén y modelo para un reaprendizaje, sustentado en posibilidades diferentes al rígido y autodestructivo sentido anterior.

Se considera que dicha integración implicaría una seria revisión, respecto al intento de generalización a otro tipo de estudios, que incluyeran por ejemplo, niveles de adicción, alcoholismo u otras drogas, donde los efectos del síndrome de abstinencia y la relación entre la necesidad impulsiva de acceso y la accesibilidad real, así como los efectos tan disímiles, además de su correlación con comportamientos de otra complejidad como la violencia, los accidentes y la relación con situaciones de ilegalidad, representan elementos con los cuales no podría haber un parámetro comparativo con este estudio en particular.

Debemos añadir que la imposibilidad de programar un seguimiento adecuado a nuestro experimento restringe la dimensión de las conclusiones y eleva sus limitaciones, pero se

considera que el objetivo inicial de la formación de un procedimiento capaz de regular el creciente problema que implicaban los empleados habituados al cigarrillo, dentro de las áreas y relaciones laborales del Instituto generador del proyecto, se cumplió básicamente en los aspectos estructurales, quedando nuestro estudio como sustento de la futura adecuación logística y como punto de partida para el análisis y corrección de los innumerables elementos de estudio que el presente trabajo no alcanza a cubrir.

Respecto a este rubro se puede sugerir como punto de partida para posteriores correcciones o trabajos similares, el considerar algunas limitaciones implicadas en este estudio, que ofrecerían un panorama más amplio y confiable para elaborar análisis más específicos, por ejemplo, si se instrumentaran los sistemas adecuados para la medición y registro de los niveles de aprendizaje, dirigidos a las técnicas y ejercicios aplicados, así como de los niveles de conceptualización, comprensión, elaboración y planeación, de los cuales careció nuestro trabajo.

Otro punto similar puede referirse a la identificación y análisis de los mecanismos adaptativos utilizados por el sujeto, respecto a la impulsividad que lo caracteriza, la cual tiene que ser modulada en función a las necesidades de interrelación que le exige un formato novedoso para él, en el cual no tiene que enmascarar compulsivamente su tendencia a la depresión a través de una falsa animosidad y extroversión.

Espero que este modesto estudio tenga alguna utilidad didáctica y que sea motivo de futuras correcciones y aportaciones que brinden, a los estudiosos de la Psicología, nuevos elementos en la concretización de herramientas útiles en pro de la salud.

ANEXO

DATOS ESTADÍSTICOS DE LA MUESTRA

EDAD PROMEDIO	33 AÑOS
ANTIGÜEDAD COMO FUMADOR	13 AÑOS
TITULADOS	5
TÉCNICOS	2
EMPLEADOS	5

CONSUMO DE CIGARRILLOS	PRETEST	POSTEST
CONSUMO PROMEDIO SEMANAL	107 CIGARRILLOS	20 CIGARRILLOS
MÁS DE 100 POR SEMANA	66%	0.0%
REDUCCIÓN TOTAL	----	50%
REDUCCIÓN PARCIAL	----	100%

REDUCCIÓN DEL NIVEL GRUPAL DE HABITUACIÓN DESPUÉS DE CADA SESIÓN	
1ª SESIÓN - 47% DEL TOTAL	6ª SESIÓN - 90% DEL TOTAL
2ª SESIÓN - 59% DEL TOTAL	7ª SESIÓN - 80% DEL TOTAL
3ª SESIÓN - 43% DEL TOTAL	8ª SESIÓN - 85% DEL TOTAL
4ª SESIÓN - 83% DEL TOTAL	9ª SESIÓN - 93% DEL TOTAL
5ª SESIÓN - 78% DEL TOTAL	10ª Y 11ª SESIÓN 94% DEL TOTAL

REDUCCIÓN TOTAL DEL NIVEL DE CADA SUBESCALA DE DEPRESIÓN	
ESCALA AA.= 14%	ESCALA PM.= 23%
ESCALA RA.= 15%	ESCALA SC.= 15%
ESCALA PS.= 30%	ESCALA DV.= 20%
ESCALA AE.= 34%	ESCALA PV.= 25%

EVALUACIÓN INDIVIDUAL POR SESIÓN

NOMBRE-----NIVEL INICIAL-----NIVEL FINAL-----

SESIÓN N.º	N.º DE CIGARRILLOS	ESCALAS SIGNIFICATIVAS	COMENTARIOS
1ª			
2ª			
3ª			
4ª			
5ª			
6ª			
7ª			
8ª			
9ª			
10ª			
11ª			
12ª			

CUESTIONARIO ESTADÍSTICO SOBRE TABAQUISMO

NOMBRE COMPLETO: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

ÁREA LABORAL _____

ANTIGÜEDAD COMO FUMADOR: _____

NÚMERO APROXIMADO DE CIGARRILLOS DIARIOS: _____

ACOSTUMBRO FUMAR EN:

EL HOGAR

LA OFICINA

REUNIONES

RESTAURANTES O CAFÉ

AL AIRE LIBRE

SANITARIOS

PASILLOS Y CORREDORES

OTROS

EL HÁBITO DE FUMAR ME PRODUCE: _____

EL NO PODER FUMAR ME PROVOCA: _____

ABUSO DEL CIGARRILLO CUANDO ESTOY:

TENSO

SOMNOLIENTO

MOLESTO

CANSADO

SOLO

ALEGRE

ANGUSTIADO

TRISTE

OCUPADO

OCIOSO

ABURRIDO

SERENO

FESTEJANDO

OTRO

DEJARÍA DE FUMAR SÓLO SÍ:

PARA NO VOLVER A FUMAR TENDRÍA QUE:

NO APETEZCO FUMAR CUANDO:

ACUDÍ A ESTA REUNIÓN PORQUE:

LUGAR Y FECHA:

(CUESTIONARIO ELABORADO EX PROFESO PARA EL PRESENTE ESTUDIO
 POR: RIVAS VELÁZQUEZ DANIEL DE JESÚS, MÉXICO 1997)

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN
(Tomado de Lang M. y Tisher M., 1990)

NO RESPONDA EN ESTE FORMULARIO; USE HOJA DE RESPUESTAS

- 1.- ME SIENTO ALEGRE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.
- 2.- MUCHAS VECES ME SIENTO DESGRACIADO EN MI TRABAJO.
- 3.- A MENUDO PIENSO QUE NADIE SE PREOCUPA POR MI.
- 4.- A MENUDO CREO QUE VALGO POCO.
- 5.- ME DESPIERTO A MENUDO DURANTE LA NOCHE.
- 6.- PIENSO MUCHAS VECES QUE HAGO PASAR VERGÜENZAS A
MI FAMILIA
- 7.- CREO QUE SE SUPRE MUCHO EN LA VIDA.
- 8.- ME SIENTO ORGULLOSO DE LA MAYORÍA DE LAS COSAS QUE HAGO
- 9.- SIEMPRE CREO QUE EL DÍA SIGUIENTE SERÁ MEJOR.
- 10.- A VECES ME GUSTARÍA ESTAR YA MUERTO.
- 11.- ME SIENTO SOLO MUCHAS VECES.
- 12.- FRECUENTEMENTE ESTOY DESCONTENTO CONMIGO MISMO.
- 13.- ME SIENTO MÁS CANSADO QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS
QUE CONOZCO.
- 14.- A VECES CREO QUE QUIENES ME RODEAN, HAN HECHO O DICHO
COSAS QUE ME HACEN PENSAR QUE HE COMETIDO ALGO
TERRIBLE.
- 15.- ME PONGO TRISTE CUANDO ALGUIEN SE ENFADA CONMIGO.
- 16.- MUCHAS VECES LA GENTE ME HACE SENTIR QUE LAS COSAS QUE
HAGO SON MUY BUENAS.
- 17.- SIEMPRE ESTOY DESEANDO HACER MUCHAS COSAS CUANDO ESTOY
EN EL TRABAJO.
- 18.- ESTANDO EN EL TRABAJO MUCHAS VECES ME DAN GANAS DE
LLORAR
- 19.- A MENUDO SOY INCAPAZ DE MOSTRAR LO DESGRACIADO QUE ME
SIENTO POR DENTRO.
- 20.- ODIÓ LA FORMA DE MI ASPECTO O DE MI COMPORTAMIENTO.
- 21.- LA MAYORÍA DEL TIEMPO NO TENGO GANAS DE HACER NADA.

- 22.- A VECES TEMO QUE LO QUE HAGO PUEDA MOLESTAR O ENFADAR A QUIENES ME RODEAN
- 23.- CUANDO ME ENFADO MUCHO CASI SIEMPRE TERMINO LLORANDO.
- 24.- EN MI FAMILIA TODOS NOS DIVERTIMOS MUCHO JUNTOS.
- 25.- ME DIVIERTO CON LAS COSAS QUE HAGO.
- 26.- FRECUENTEMENTE ME SIENTO DESGRACIADO/TRISTE/DESDICHADO
- 27.- A VECES ME SIENTO SOLO Y COMO PERDIDO EN EL TRABAJO.
- 28.- A MENUDO ME ODIÓ A MÍ MISMO.
- 29.- A VECES ME DAN GANAS DE NO LEVANTARME POR LAS MAÑANAS.
- 30.- FRECUENTEMENTE PIENSO QUE MEREZCO SER CASTIGADO.
- 31.- A MENUDO ME SIENTO DESGRACIADO POR CAUSA DE MI TRABAJO.
- 32.- CUANDO ALGUIEN SE ENFADA CONMIGO YO ME ENFADO CON ÉL.
- 33.- CASI SIEMPRE LA PASO BIEN EN EL TRABAJO.
- 34.- A VECES PIENSO QUE NO VALE LA PENA VIVIR LA VIDA.
- 35.- LA MAYORÍA DEL TIEMPO CREO QUE NADIE ME COMPRENDE.
- 36.- A MENUDO ME AVERGÜENZO DE MÍ MISMO.
- 37.- MUCHAS VECES ME SIENTO MUERTO POR DENTRO.
- 38.- A VECES ESTOY PREOCUPADO PORQUÉ NO AMO A LOS DEMÁS
- 39.- A MENUDO LA SALUD DE MI FAMILIA ME PREOCUPA/INQUIETA.
- 40.- CREO QUE MI FAMILIA ESTÁ MUY ORGULLOSA DE MÍ.
- 41.- SOY UNA PERSONA MUY FELIZ.
- 42.- CUANDO ESTOY FUERA DE CASA ME SIENTO MUY DESDICHADO.
- 43.- NADIE SABE LO DESGRACIADO QUE ME SIENTO POR DENTRO.
- 44.- A VECES ME PREGUNTO SI EN EL FONDO SOY UNA PERSONA MUY MALA.
- 45.- EN EL TRABAJO ME SIENTO CANSADO CASI TODO EL TIEMPO.
- 46.- CREO QUE LOS DEMÁS ME QUIEREN, AUNQUE NO LO MEREZCO.
- 47.- A VECES SUEÑO QUE TENGO UN ACCIDENTE O ME MUERO.
- 48.- PIENSO QUE NO ES NADA MALO ENFADARSE.
- 49.- CREO QUE TENGO BUENA PRESENCIA Y SOY ATRACTIVO.
- 50.- ALGUNAS VECES NO SÉ PORQUÉ ME DAN GANAS DE LLORAR.
- 51.- A MENUDO PIENSO QUE NO SOY DE UTILIDAD PARA NADIE.
- 52.- CUANDO FALLO EN EL TRABAJO PIENSO QUE NO VALGO NADA.
- 53.- A MENUDO IMAGINO QUE ME HAGO HERIDAS O QUE ME MUERO.

- 54.- A VECES CREO QUE HAGO COSAS QUE PONEN ENFERMOS A MIS FAMILIARES.
- 55.- MUCHAS VECES ME SIENTO MAL PORQUE NO CONSIGO HACER LAS COSAS QUE QUIERO.
- 56.- DUERMO COMO UN TRONCO Y NUNCA ME DESPIERTO DURANTE LA NOCHE.
- 57.- ME SALEN BIEN CASI TODAS LAS COSAS QUE INTENTO HACER.
- 58.- CREO QUE MI VIDA ES DESGRACIADA.
- 59.- CUANDO ESTOY FUERA DE CASA ME SIENTO COMO VACÍO.
- 60.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO CREO QUE NO SOY TAN BUENO COMO QUIERO SER.
- 61.- A VECES ME SIENTO MAL PORQUE NO AMO NI ESCUCHO A LOS DEMÁS COMO SE MERECE.
- 62.- PIENSO A MENUDO QUE NO VOY A LLEGAR A NINGUNA PARTE.
- 63.- TENGO MUCHOS AMIGOS.
- 64.- UTILIZO MI TIEMPO HACIENDO CON MI FAMILIA COSAS MUY INTERESANTES.
- 65.- HAY MUCHA GENTE QUE SE PREOCUPA BASTANTE POR MÍ.
- 66.- CREO QUE EN MÍ HAY DOS PERSONAS QUE ME EMPUJAN EN DISTINTAS DIRECCIONES.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA RELAJACIÓN.

Nombre:-----

Fecha:-----

Conteste este formulario después de cada sesión.
 Intente hacerlo a la misma hora todos los días.
 Practique de 15 a 20 minutos, dos veces al día.

	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	S a b .	Dom.
Posición							
Frente							
Ojos							
Nariz							
Sonrisa							
Lengua							
Mandíbula							
Labios							
Cuello							
Brazo Der.							
Brazo Izqu.							
Pierna Der.							
Pierna Izqu.							
Espalda							
Tórax							
Estómago							
Cintura							
Respiración							
Relajación sin tensión							
Hora							

FUNCIONES DEL YO Y SUS COMPONENTES (BELLAK L.1993)

1. PRUEBA DE REALIDAD
DIFERENCIACIÓN ENTRE ESTÍMULO INTERNO Y EXTERNO
EXACTITUD DE LA PERCEPCIÓN
CONCIENCIA REFLEXIVA Y PRUEBA DE LA INTERNA REALIDAD
2. JUICIO
ANTICIPACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS
MANIFESTACIÓN DE ESTA ANTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA
ADECUACIÓN EMOCIONAL DE ESTA ANTICIPACIÓN
3. SENTIDO DE REALIDAD Y SENTIDO DEL SÍ MISMO
GRADO DE DESEALIZACIÓN
GRADO DE DESPERSONALIZACIÓN
AUTOIDENTIDAD Y AUTOESTIMA
CLARIDAD DE LÍMITES ENTRE LA PROPIA IDENTIDAD Y EL MUNDO
4. REGULACIÓN Y CONTROL DE LAS TENDENCIAS,
AFECTOS E IMPULSOS
DIRECTIVIDAD DE LA EXPRESIÓN DEL IMPULSO
EFECTIVIDAD DEL MECANISMO DE POSTERGACIÓN
5. RELACIONES OBJETALES
GRADO Y CLASE DE RELACIÓN
PRIMITIVAS (elecciones objetales narcisistas, anaclíticas o
elecciones de objeto simbólicas)
GRADO EN EL CUAL SE PERCIBE A LOS OTROS COMO DIFERENTES
DE UNO MISMO
CONSTANCIA OBJETAL
6. PROCESOS DEL PENSAMIENTO
MEMORIA, CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN
CAPACIDAD PARA CONCEPTUAR, PROCESO PRIMARIO-SECUNDARIO
7. REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO
RELAJACIÓN REGRESIVA DE LA AGUDEZA COGNOSCITIVA
NUEVAS CONFIGURACIONES
8. FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO
DEBILIDAD O INTRUSIÓN DE LAS DEFENSAS
ÉXITO Y FRACASO DE LAS DEFENSAS
9. BARRERA DE ESTÍMULO
UMBRAL PARA LOS ESTÍMULOS
EFECTIVIDAD DEL MANEJO DE LA ENTRADA EXCESIVA DE ESTÍMULOS
10. FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO
GRADO DE LIBERTAD DEL IMPEDIMENTO EN LOS APARATOS AUTÓNOMOS
11. FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO-INTEGRATIVO
GRADO DE RECONCILIACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE INCONGRUENCIAS
GRADO DE RELACIÓN CON LOS EVENTOS
12. COMPETENCIA-SUPREMACÍA
GRADO DE DISCREPANCIA ENTRE LA COMPETENCIA REAL Y EL PAPEL
SUBJETIVO DEL SENTIDO DE COMPETENCIA

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
prueba de realidad													
juicio													
sentido de realidad													
control de impulsos													
relaciones objetivas													
proceso del pensamiento													
regulación adaptativa													
funciones defensivas													
barra de estímulo													
funcionamiento autónomo													
funciones de síntesis													
suprem-compet.													

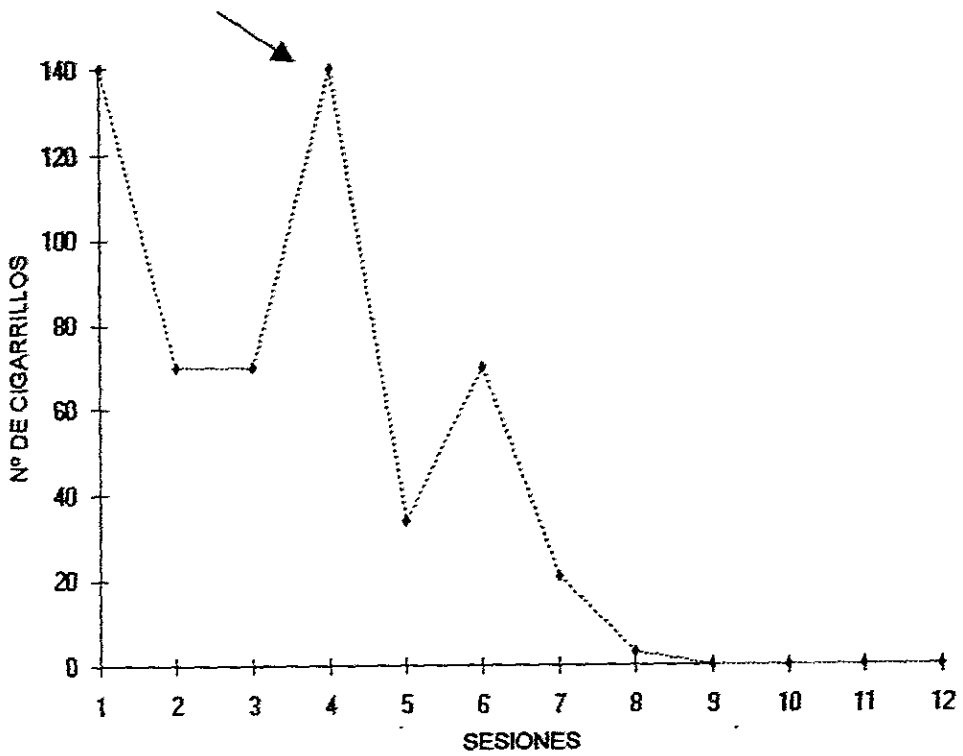
↑=====RANGO PSICÓTICO 1 A 6====↑

↑===== RANGO LÍMITROFE 4 A 8====↑

↑=====RANGO NEURÓTICO 6 A 10====↑

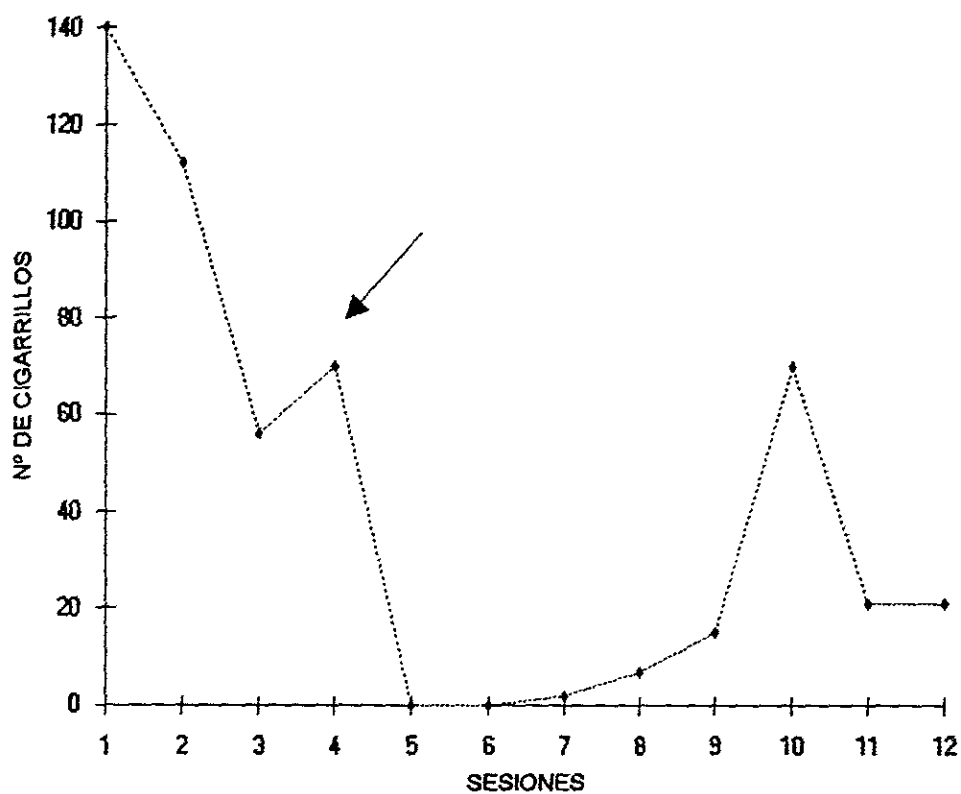
↑===== RANGO NORMAL 8 A 13====↑

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 1)



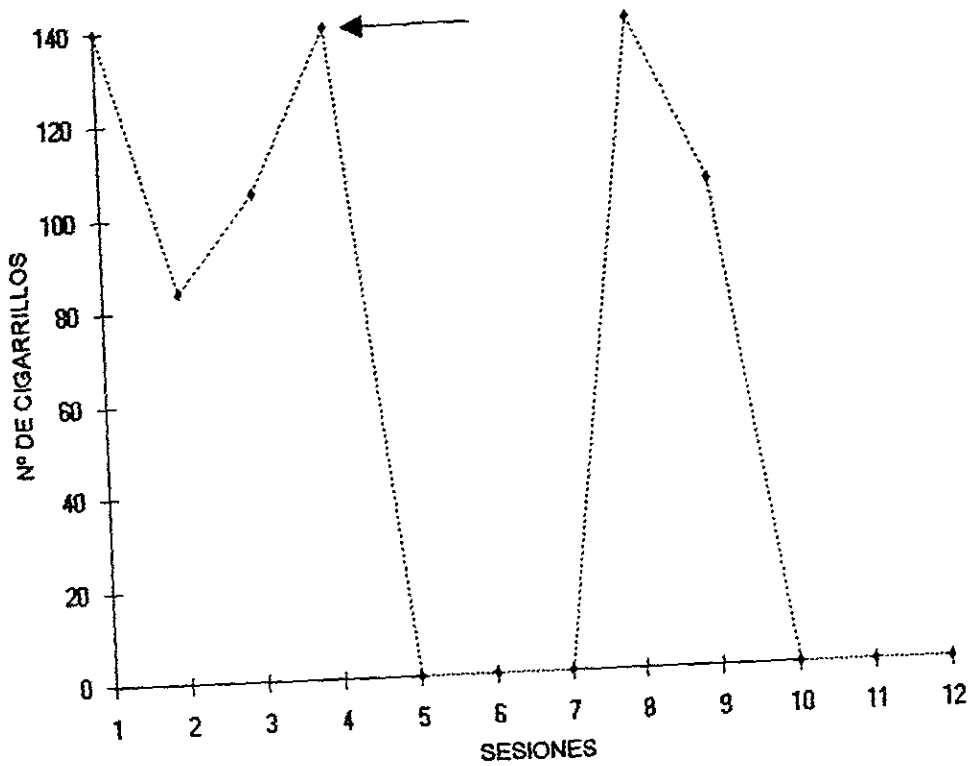
4=SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 2)



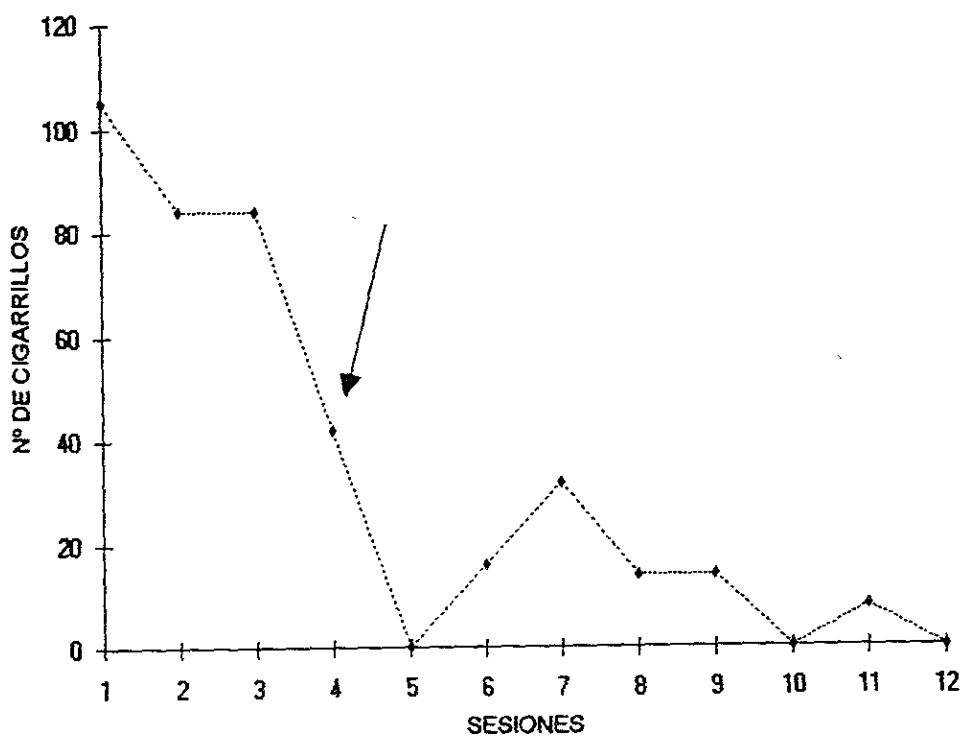
4ª SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 4)



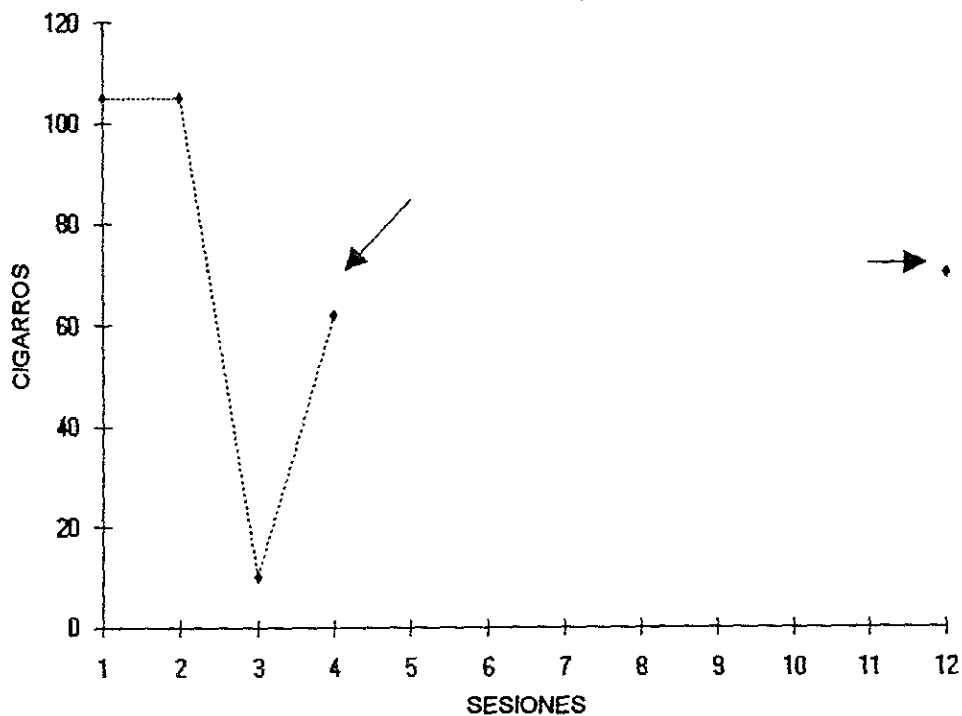
4ª SESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 6)



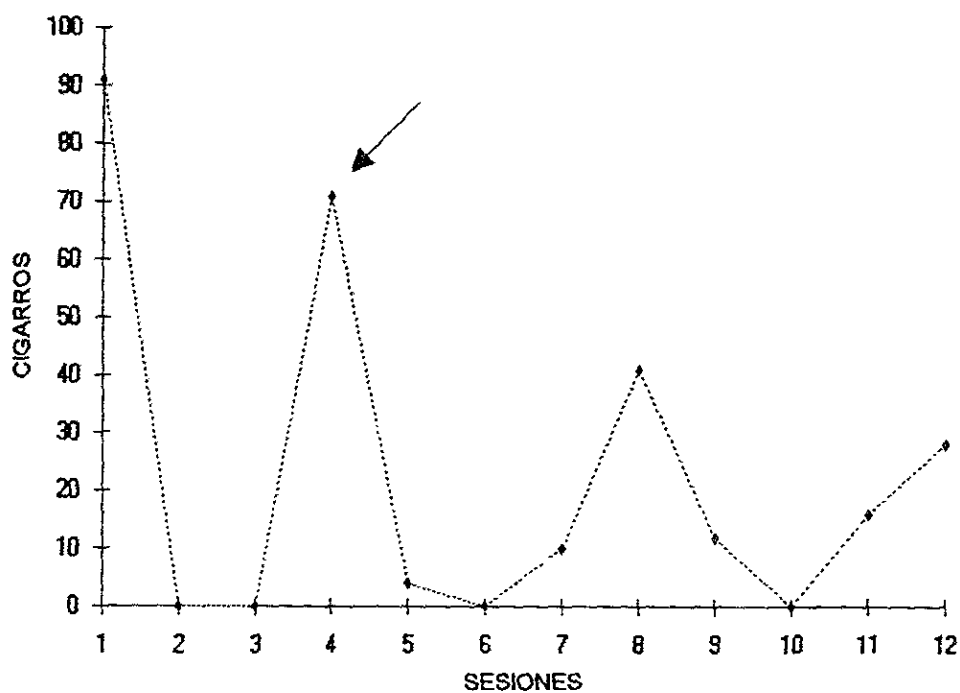
4ºSESION INICIO DEL AUTOCONTROL

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 8)



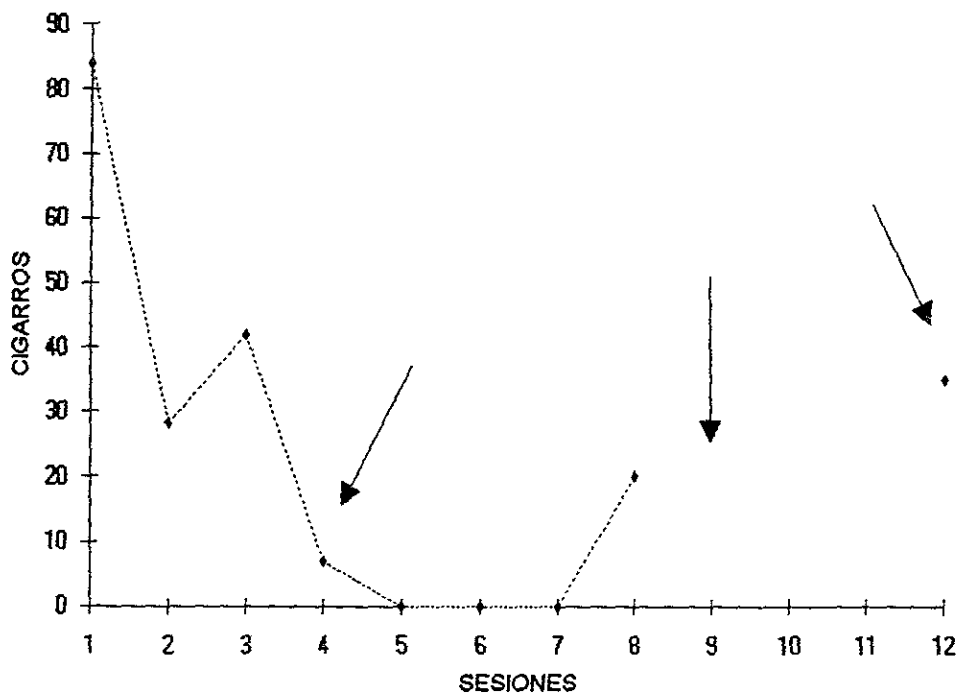
4a Sesión inicio del autocontrol y abandono del taller por parte del sujeto- 12a
Sesión aplicación del postest

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 9)



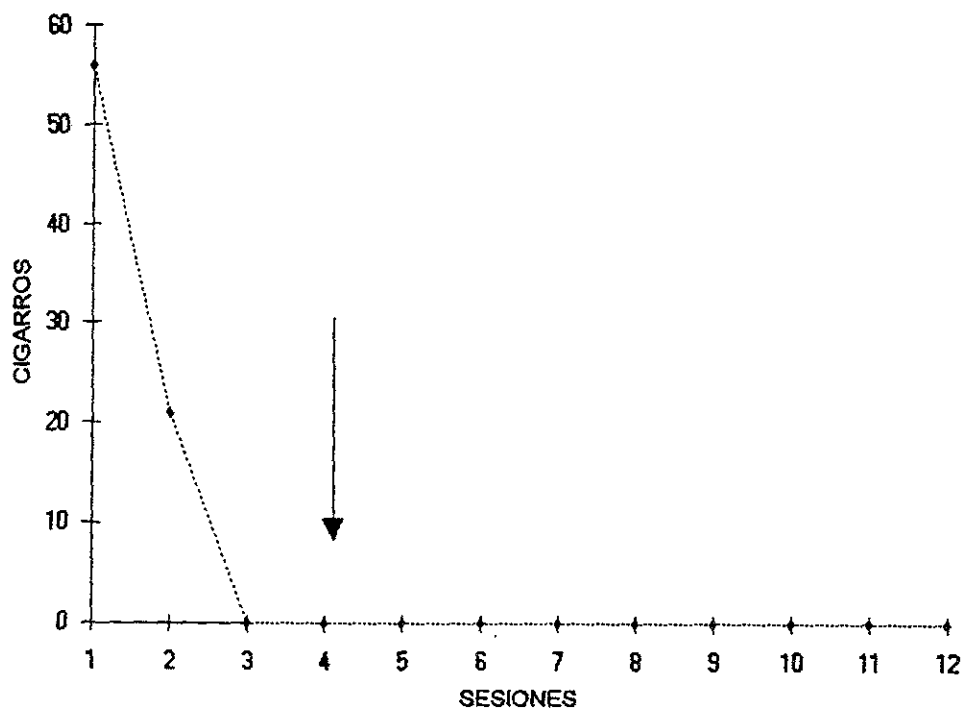
42 Sesión inicio del autocontrol

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 10)



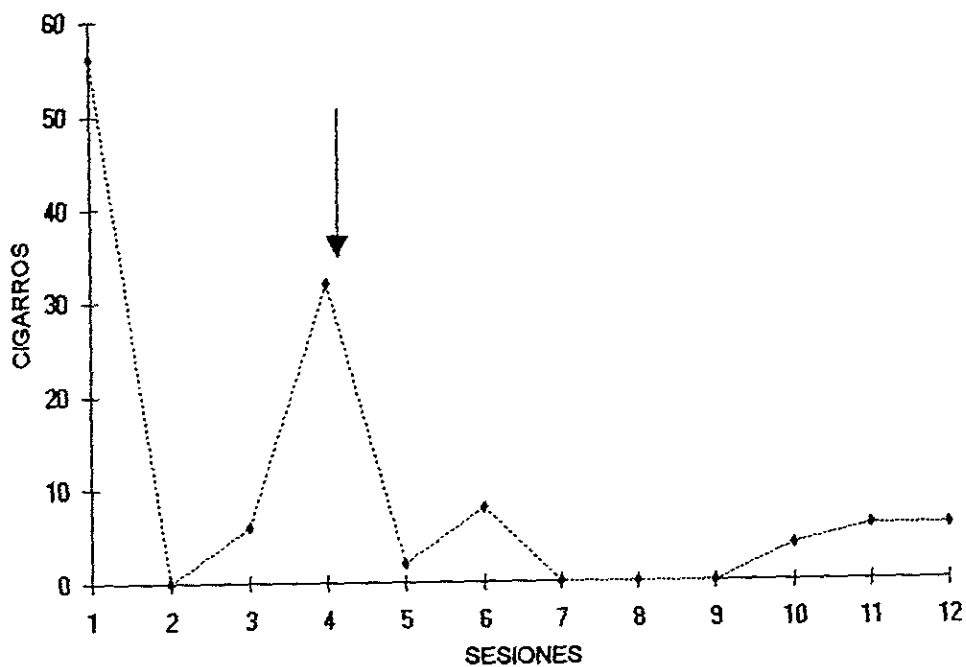
4ª Sesión inicio del Autocontrol - 9ª Sesión abandono del taller por parte del
sujeto - 12ª Sesión aplicación del postest

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 11)



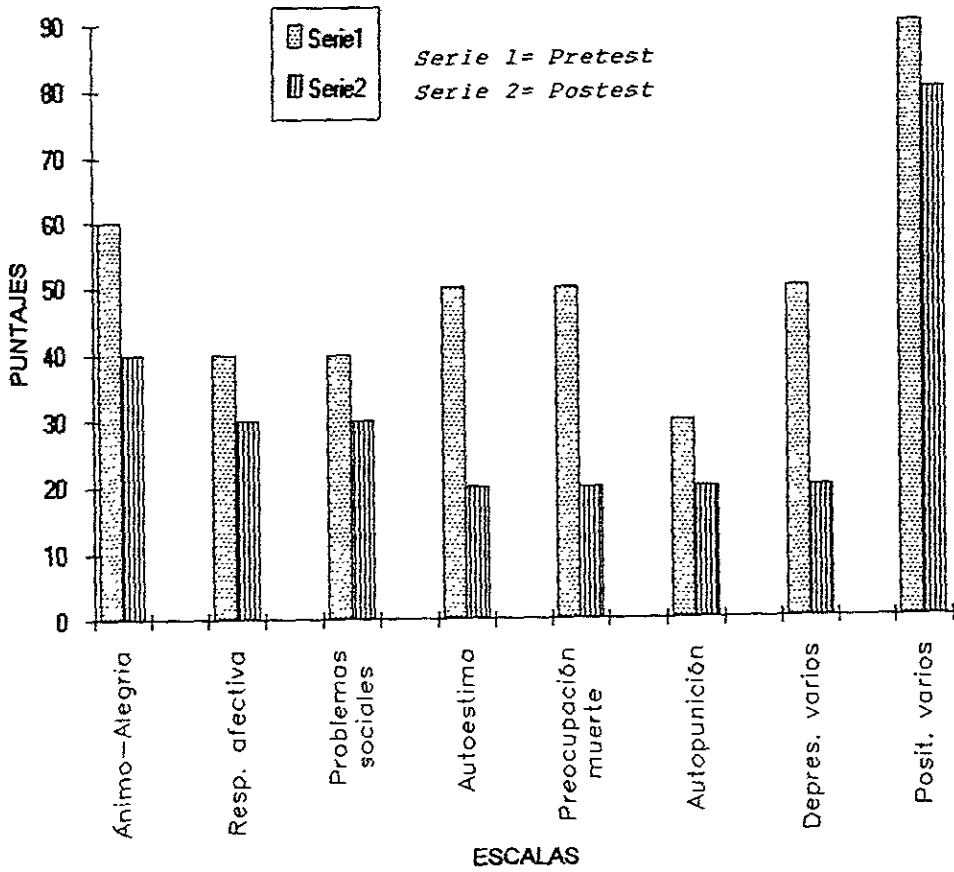
4a Sesión inicio del autocontrol

CONSUMO DE CIGARROS POR INTERVALO ENTRE SESIONES
(SUJETO 12)

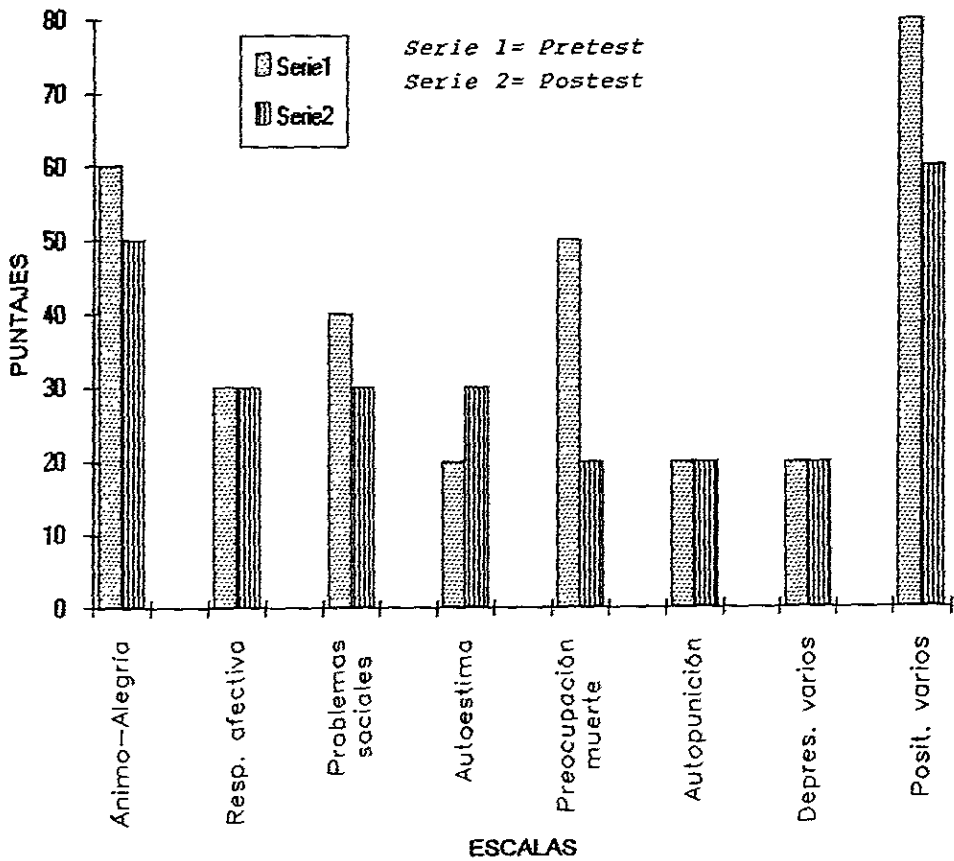


4ª Sesión inicio del Autocontrol

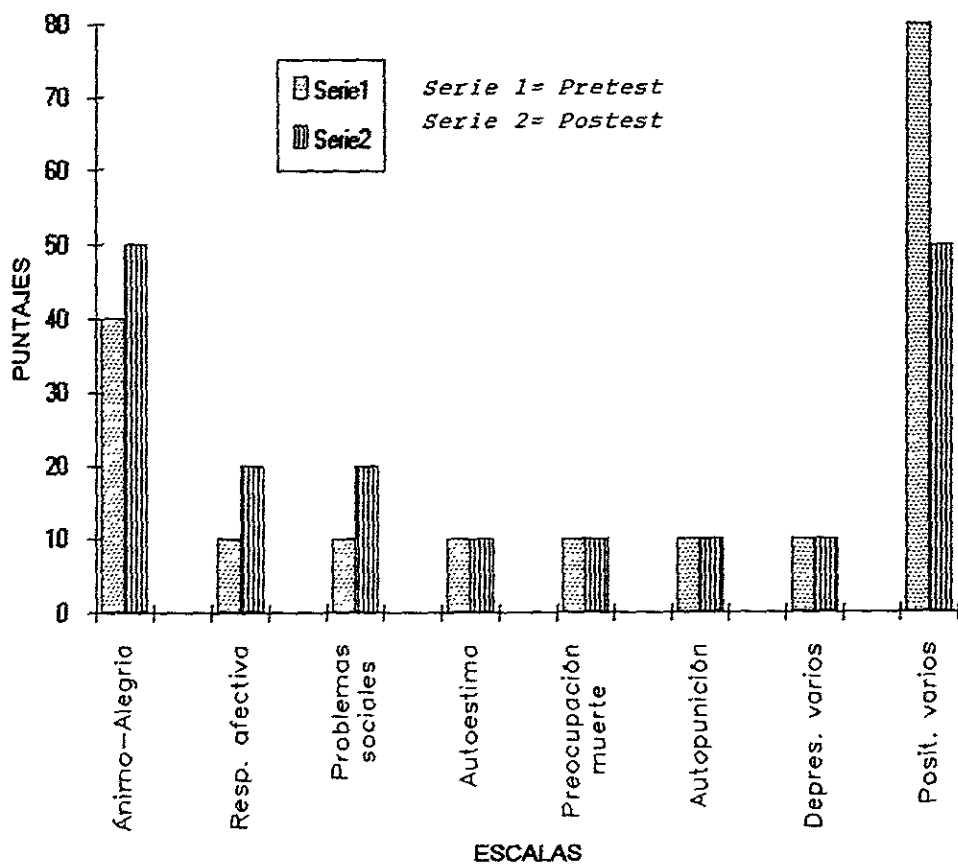
PUNTAJES PRETEST- POSTEST POR ESCALAS DEL
INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 1)



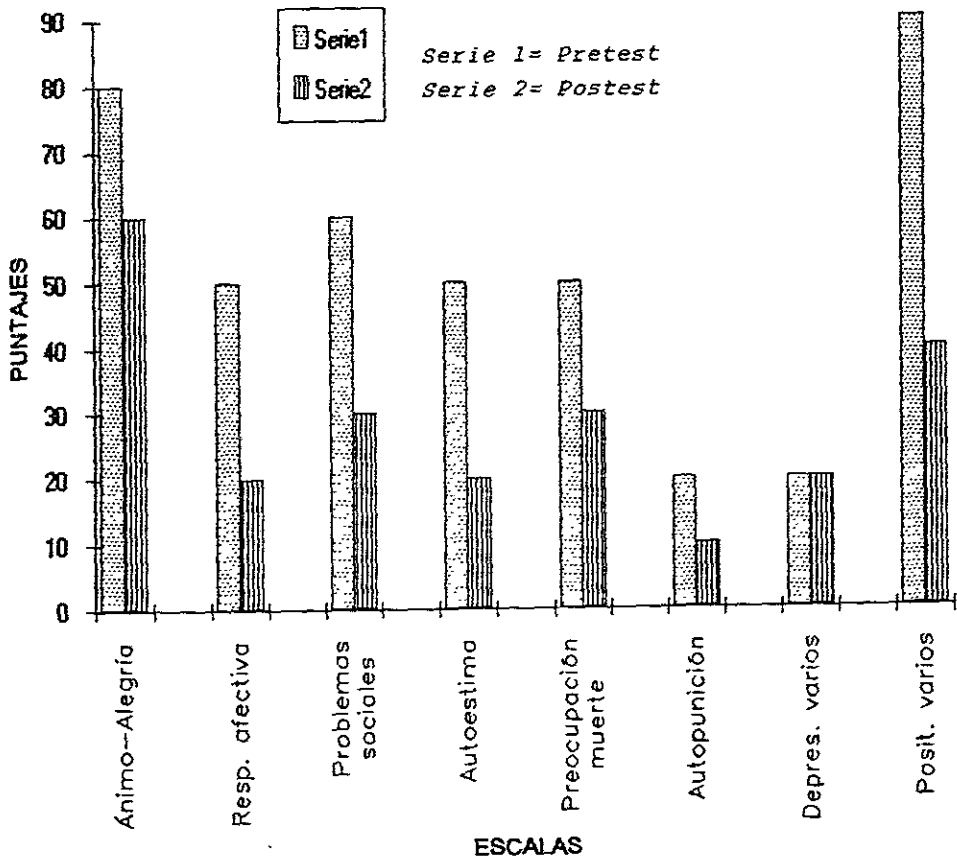
PUNTAJES PRETEST-POSTEST DEL INSTRUMENTO SOBRE
DEPRESION (SUJETO 2)



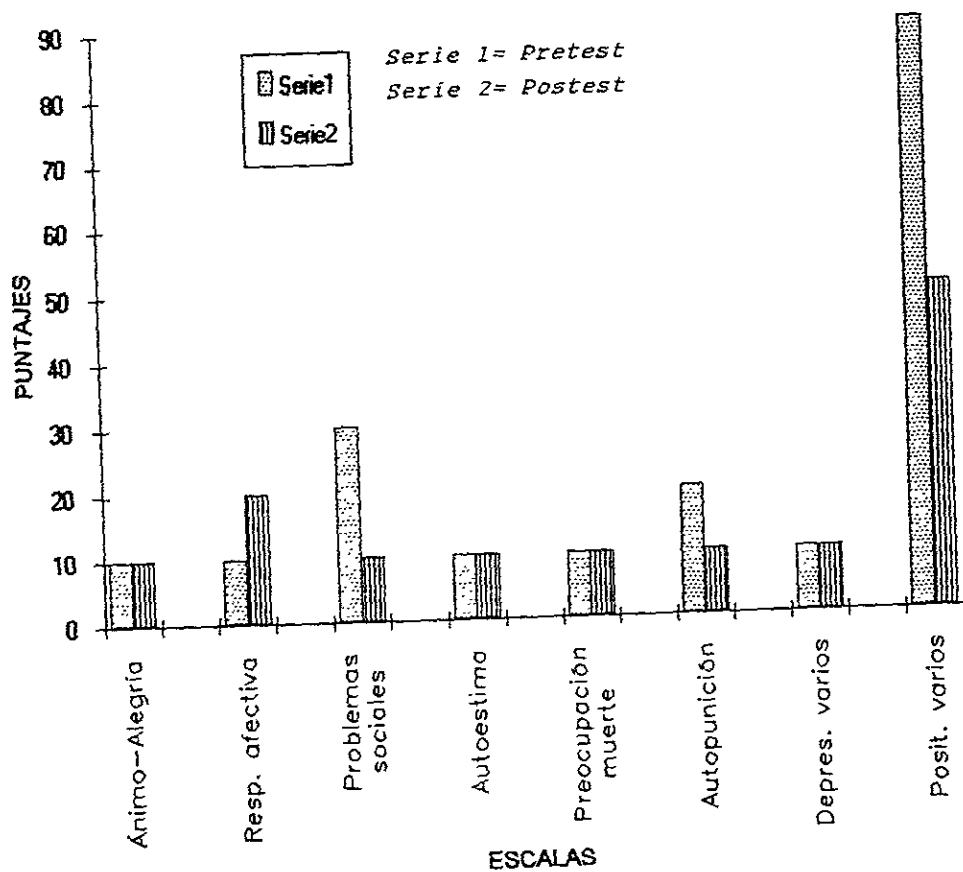
FUNTAJES PRETEST - POSTEST POR ESCALAS DEL
INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 3)



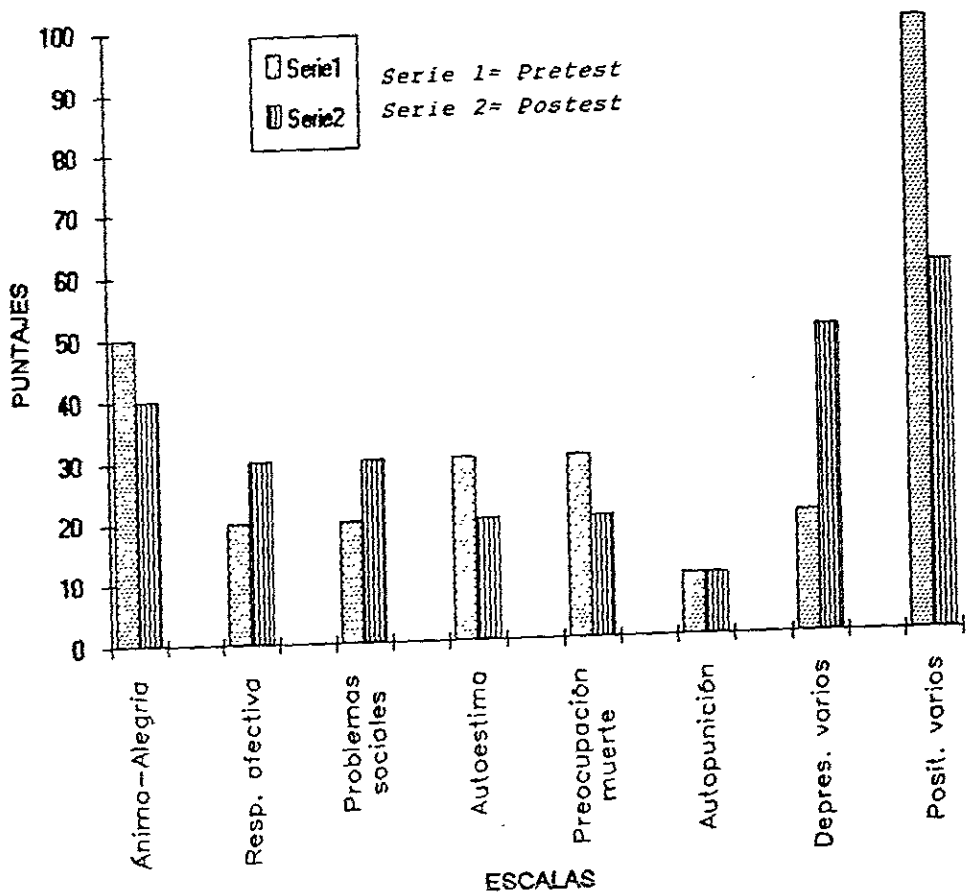
PUNTAJES PRETEST- POSTEST POR ESCALAS DEL
INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 4)



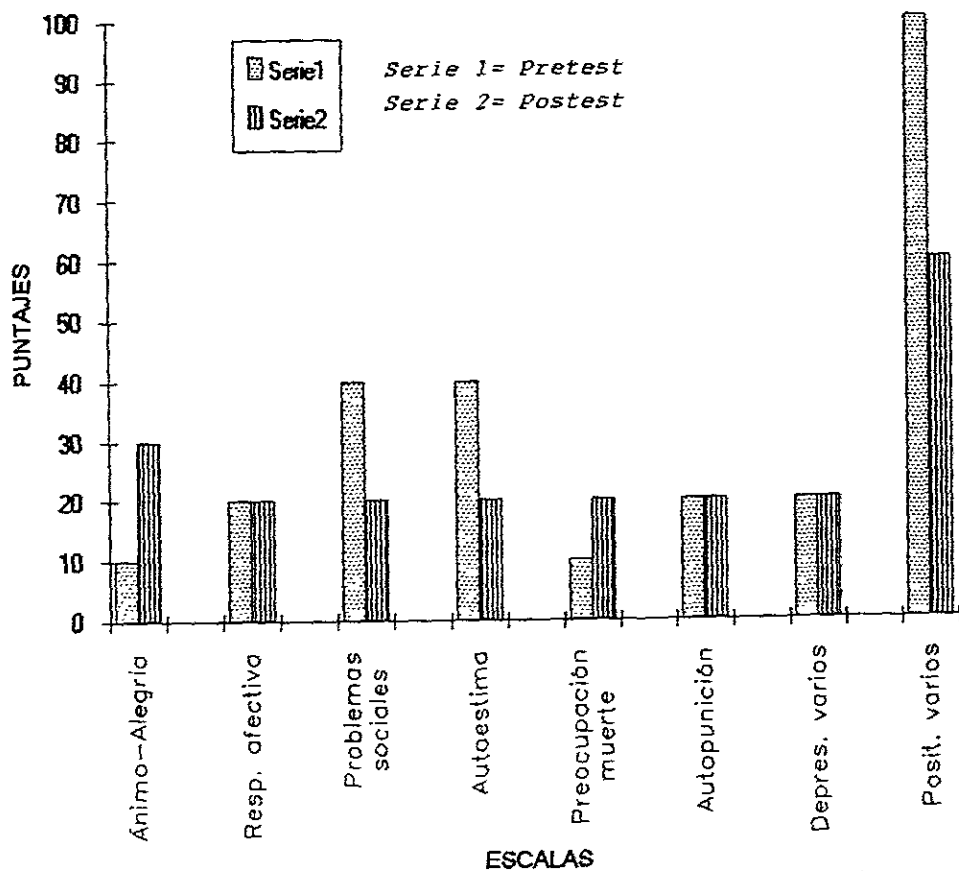
PUNTAJES PRETEST - POSTEST POR ESCALAS DEL
 INSTRUMENTO SOBRE DEPRESION (SUJETO 8)



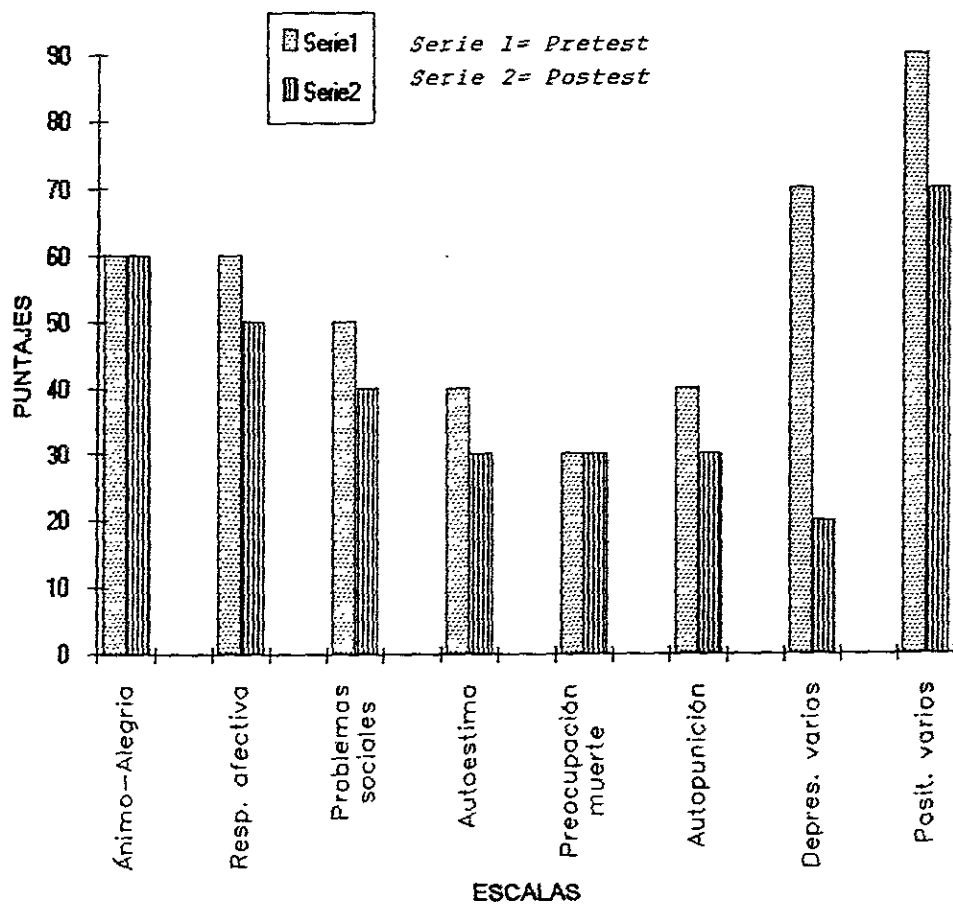
PUNTAJES PRETEST - POSTEST DEL INSTRUMENTO SOBRE
DEPRESION (SUJETO 9)

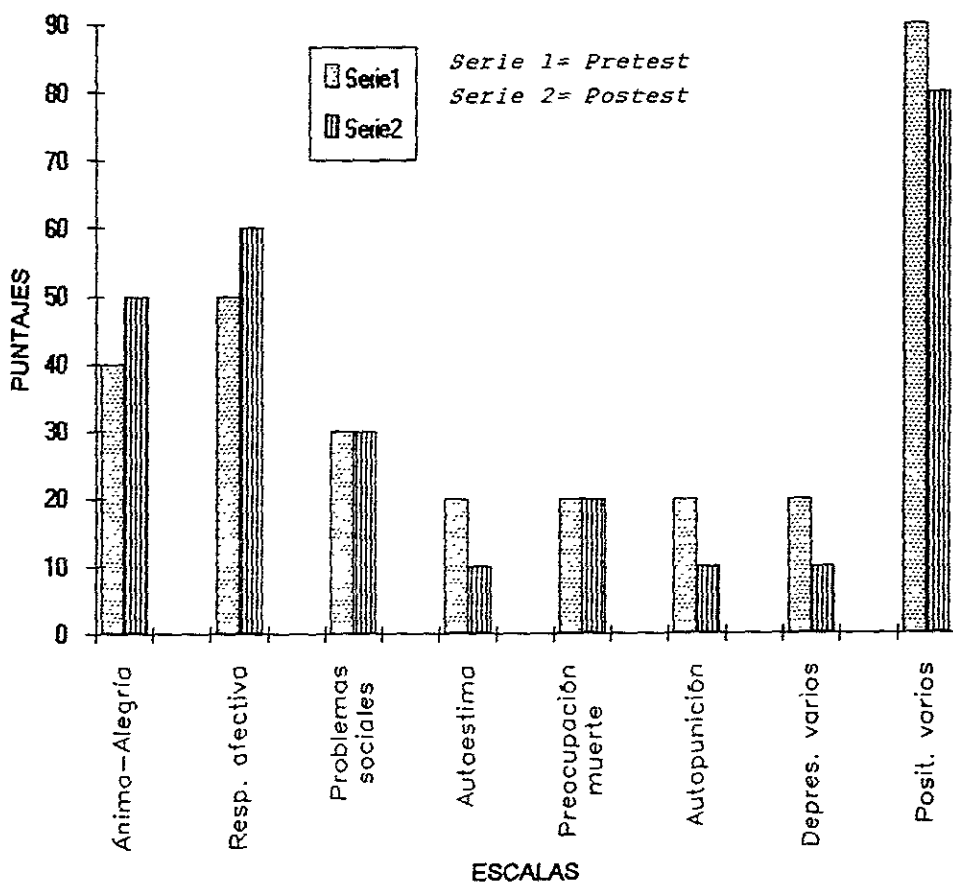


PUNTAJES PRETEST- POSTEST DEL INSTRUMENTO SOBRE
DEPRESION (SUJETO 10)



PUNTAJES PRETEST - POSTEST DEL INSTRUMENTO SOBRE
DEPRESION (SUJETO 11)



PUNTAJES PRETEST- POSTEST DEL INSTRUMENTO SOBRE
DEPRESION (SUJETO 12)

BIBLIOGRAFÍA

- AA, Gravepine, y Alcohólicos Anónimos, World Services.
(1989). Los doce pasos. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Ábrego, González L., y Arias, García M. D. (1990). Tipo de información sobre nocividad por consumo de tabaco, en una población escolar de la Ciudad de México: Implicaciones y consideraciones para la psicología. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Ackermann, Ruby, y Engel, M. A. (1993). Manual de psicoterapia breve. México: El Manual Moderno.
- American Psychological Association. (1998). Manual de estilo de publicaciones. (1ª ED.), México: El manual moderno.
- Aramoni, Aniceto. (1983). La neurosis una actitud y una fórmula ineficiente frente a la existencia. México: UNAM.
- Ávila, Espada Alejandro, y Poch, Bullich J. (1994). Manual de técnicas de psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico. Madrid: Siglo XXI.
- Balaskas, Arthur. (1987). La vida del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.
- Barruecos, Villalobos Luis, y Castro, Sariñana M. E. (1994). Curso básico sobre adicciones. Fundación Ama la Vida IAP: Centro Contra las Adicciones. México: Uno.

- Barrios, Álvarez Yolanda. (1989). Descripción de un programa terapéutico para la eliminación del tabaquismo. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Bernstein, Douglas, y Nietzel, M. (1982). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill.
- Bleichmar, Hugo. (1976). La depresión: Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Calderón, Narvárez Guillermo. (1987). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Campbell, D., y Stanley, J. (1993). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cartwright, D., y Zander, A. (1980). Dinámica de grupos: Investigación y teoría. México: Trillas.
- Castelnuovo, A. P. (1971). Función respiratoria, angustia y desarrollo del yo. Revista de Psicoanálisis: Asociación Psicoanalítica. Abril-Junio, XXVIII, 2.
- Chehoybar, y Kuri, E. (1983). Técnicas para el aprendizaje grupal. México: UNAM-CISE.
- Chertok, León. (1992). Hipnosis y sugestión. México: Cruz.
- Clifford, Kimber D., y Gray, C. (1966). Manual de anatomía y fisiología. México: Prensa Médica Mexicana.
- Cotte, Carlos. (1987). Cigarrillo y cáncer. Caracas: Monte Ávila.
- Davis, M., Mckay, M., y Robins, E. (1986). Técnicas de auto-control emocional. Barcelona: M. Roca.

- Bidier, Anziew. (1980). *Dinámica de grupos*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Durán, Pich Alfonso. (1982). *Psicología de la publicidad y de la venta*. Barcelona: Ceac.
- Enciclopedia Universal Ilustrada, Europeo-Americana. (1979). LVIII. Madrid: Espasa-Calpe.
- Escayola, Garduza Lilia. (1988). *Revisión histórica de técnicas terapéuticas para la eliminación del tabaquismo*. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Fernández, Guerra de la Cruz M. del C., y Gerdingh, Álvarez L. (1996). *Relación existente entre la conducta de fumar y el locus de control interno y externo en el adolescente*. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Fernández, Ríos Luis. (1994). *Manual de psicología preventiva: Teoría y práctica*. Madrid-México: Siglo XXI.
- Freire, Paulo. (1984). *La importancia de leer y el proceso de liberación*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, Sigmund. (1986). *Inhibición síntoma y angustia: Obras completas. 20 (1925-1926)*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Garma, E., y Kalina, A. (1971). *Psicología del fumador*. Buenos Aires: Rodolfo Alonso.
- García, Liñan Carmen. (1990). *Tabaco*. México: Arbol.
- Garza, Mercado A. (1974). *Manual de técnicas de investigación*. México: El Colegio de México.

- Gear, Ma., Liendo, E. C., y Scott, L.L. (1989). *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Goldfried, Marvin R., y Merbaum, Michel. (1973). *Behavior change, through self-control*. New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Grinberg, León. (1978). *Culpa y depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Haddad, Slím Mario. (1979). *Sicología y aprendizaje: Una aventura intelectual*. México: McGraw-Hill.
- Hartland, Jhon. (1974). *La hipnosis en medicina y odontología: Sus aplicaciones clínicas*. México: Continental.
- Holguín, Fernando, y Hayashi, Laureano. (1977). *Elementos de muestreo y correlación*. México: Textos Universitarios.
- Homanus, Frank. (1981). *Educación para adultos: Su metodología y sus técnicas*. México: Edical.
- IMSS, Centro Médico Nacional: Siglo XXI (Mayo de 1997). *Segundo congreso interinstitucional de fomento a la salud ante las adicciones*. México D. F.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1997). *Tendencias del consumo de drogas en el área metropolitana. Sistema de reporte de información de drogas, 21, (1986-1996)*. México: IMP.
- Jacobson, Edmund. (1973). *Relajación progresiva*. Illinois: Chicago University.

- Kanfer, Frederick. (1980). El autocontrol y su aplicación clínica. México: Trillas.
- Kanfer, Frederick, y Phillips, J. (1980). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México: Trillas.
- Kapit, W., y Elson, L. (1996). Anatomía cromodinámica. México: Fernández.
- Kaplan, Harold, y Sadock, B. (1996). Terapia de grupo. Madrid: Médica Panamericana.
- Kazdin, Alan. (1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: El Manual Moderno.
- Kirsten, Rainer E., y Schwarrz-Müller, J. (1976). Entrenamiento de grupos: Prácticas de dinámicas de grupo. Bilbao: Mensajero.
- Kissen, Morton. (1994). Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. México: Limusa.
- Kolb, Lawrence C. (1983). Psiquiatría clínica moderna. (6ª Ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Kreyszig, Erwin. (1983). Introducción a la estadística matemática: Principios y métodos. México: Limusa.
- Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (1995). Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Madrid: Pirámide.
- Lang, M., y Tisher, M. (1990). Cuestionario de depresión para niños. Manual. Madrid: Tea ediciones.

- Lippit, R., Watson, J., y Westley, B. (1980). La dinámica del cambio planificado. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leyva, Castro José M. (1993). Revisión del autocontrol en el hábito de fumar tabaco en forma de cigarrillos. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Mahoney, Michel. (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigaciones y práctica. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Matus, Casillas A.R.O. (1996). Propuesta de curso para el control y manejo de estrés bajo un enfoque cognoscitivo. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- McGuigan, F.J. (1976). Psicología experimental: Enfoque metodológico. México: Trillas.
- Mercado, Salvador. (1990). Cómo hacer una tesis. México: Noriega-Limusa.
- Monchablón, A., y Ruiz, Pedro. (1998). Sintomatología de la depresión. Revista Médico Interamericano. 17, 20-22.
- Mucchielli, Roger. (1977). Psicología de la publicidad y de la propaganda. Bilbao: Mensajero.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Tabaco o salud: Elija la salud. Ginebra-México: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). Tabaco o salud, situación de las Américas: Informe de la Organización Panamericana de la Salud. 536. Washington DC: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: CIE 10. I, 554. Washington DC: OPS.
- Pardell, H., Saltó, E., y Salleras, LL. (1996). Manual de diagnóstico y tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Médica Panamericana.
- Pérez, Sánchez A. (1996). Prácticas psicoterapéuticas: Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública. Barcelona: Paidós.
- Ramírez, Millan Ma. E. (1993). Diferencias de autoestima y locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores. Tesis de Lic. en Psicología, Fac. Psicología, UNAM, México.
- Reca, Telma. (1976). Psicología, psicopatología, psicoterapia México: Siglo XXI.
- Reese, Hayne-Lipsitt Lewis. (1975). Psicología experimental infantil. México: Trillas.
- Roales-Nieto, Gil, y Calero, García Ma. (1994). Tratamiento del tabaquismo. España: McGraw-Hill.
- Rodríguez, Estrada M., y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill.
- Ruiz, F., Gimeno, Luis, y Rico, Méndez F. (1990). Tabaquismo: Su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.

- Ruseil, M.A.H. (1974). The smoking habit and classification. Symposium on addiction, behavior reseach and therapy. 212. Londres.
- Schützenberg, Anne. (1970). Introducción al psicodrama: En sus aspectos técnicos. Madrid: Águila.
- Shaw, Marvin E. (1994). Dinámica de grupo: Psicología de la conducta de los pequeños grupos. Barcelona: Herder.
- Silben, T., Mulst, Mabel, y colab. (1995). Manual de medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud: Serie paltex para ejecutores de programas de salud, 20. Washington DC: OPS.
- Skinner, B.F. (1974). Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella.
- Smith, Jonathan. (1992). Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación: Un nuevo sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Solé, Puig J. R. (1989). Terapia antidroga. Barcelona: Salvat.
- SSA-CONADIC (1995A). Conceptos básicos sobre las adicciones. Sistema nacional de información y documentación sobre las adicciones, 8517. México: SSA.
- SSA-CONADIC (1995B). Información básica sobre el tabaquismo. 968-811-2176. México: SSA.
- SSA-CONADIC (1995C). Programa contra la farmacodependencia. 968-811-218-6. México: SSA.

- SSA-CONADIC (1995D). Programa contra el tabaquismo. 968-811-2178. México: SSA.
- SSA-CONADIC (1995E). Situación actual de las adicciones en México. 968-811-492-8. México: SSA.
- Stack Sullivan, Harry. (1974). La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique.
- Stokvis, B., y Wiesenhütter, E. (1983). Técnicas relajadoras y de sugestión. Barcelona: Hender.
- Tabaco. Viva Mejor. (1997). (Revista sin número). California: Pacific Press.
- Thoresen, Carl, y Mahoney, Michel. (1981). Autocontrol de la conducta. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tosco, Uberto. (1980). Diccionario de botánica: Instituto Geográfico de Agostini. Barcelona: Teide.
- Vila, Castellar J. (1996). Una introducción a la psicofisiología clínica. Madrid: Pirámide.
- Vinogradov, Sophía, e Yalom, Irvin. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós.
- Zenech, David, y Kaethe-Mark, Reess. (1996). Ejercicios de relajación. Colección Cuerpo y salud. Barcelona: Paidós.
- Zinker, Joseph. (1995). El proceso creativo en la terapia Gestáltica. México: Paidós.
- Wilcoxon, Frank. (1945). Individual comparisions by ranking methods. Biometrics Bulletin I. 6, 80-82, December. American Statical Association.