



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

NIVELES DE ASERTIVIDAD EN UNA POBLACION
FUMADORA QUE ACUDE A TRATAMIENTO PARA
DEJAR DE FUMAR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

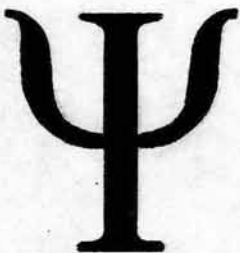
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

BLANCA MONICA LEAL BRAVO

DIRECTOR: HORACIO QUIROGA

REVISOR: SAMUEL JURADO



ABRIL 2004



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.

AGRADECIMIENTOS

Mamá, por todo el amor y los esfuerzos que hiciste para que llegara este momento. Te Quiero Mucho y te admiro.

Angélica, por que de ti aprendí lo que es la práctica de la Psicología y por la confianza que has depositado en mí.

A la **Universidad Motolinía**, por mi formación básica

A la **UNAM**, en especial:

Prof. Horacio Quiroga, por su paciencia, su tiempo y su asesoría, gracias a la cual logre finalizar este proyecto.

A mis **sinodales** por el tiempo que dedicaron en la revisión de esta tesis.

Al **URIDES**, en especial a la **Lic. Ma. de Lourdes Monroy** y **Lic. Aurora Ayala**, por su paciencia, su trabajo y su tiempo.

Al **Hospital General de México**, por darnos los espacios y la oportunidad de aprender, en especial al **Dr. Francisco Navarro, Dra. Ma. Ernestina Ramírez y Dr. Raul Cicero.**

A la **Dra. Laura Escobedo, Dra. Catalina Casillas y Luz Ma.** por su amistad

A los **pacientes de la Clínica Contra el Tabaquismo**, por la confianza que depositan en nosotros, por su valentía, por su esfuerzo diario para mantenerse sin fumar, por compartir conmigo sus experiencias y por todo lo que me han enseñado.

A las y los **practicantes de la clínica** por compartir sus experiencias conmigo, por la diaria convivencia que hace diferente cada día.

Victoria, por facilitarme éste y otros muchos procesos en mi vida.

Salomón por haber sido mi maestro, por nuestras diferencias, por los retos, por lo que eres ahora y por que este trabajo no es para tí.

A mis amigas **Liliana, Karla, Anabel, Claudia y Edith**, por la diversión

A esas personas especiales que se han cruzado en mi camino y que compartieron conmigo su experiencia de vida que me ayudo a crecer: **CALEVI, Lilo Domit, Laura Roel, Josefina Arenas, Beatriz Pelcastre, Irma Gallegos.**

A **Keith Hobbs** y a todos los integrantes de aquel **Visión Quest** que aún sigo viviendo.

Creador, por que me has acompañado siempre, por tu amor, por protegerme y proteger todo lo que amo, por que te vivo....

GRACIAS

INDICE

Resumen	1
Capítulo I. Consumo de tabaco	2
1.1 El consumo de tabaco en la actualidad	2
1.2 Sustancias dañina presentes en el tabaco	4
1.3 Principales enfermedades provocadas por el tabaquismo	7
1.3.1 Enfermedades Crónico-Degenerativas	8
1.3.4 Daños a terceros	12
1.4 Adquisición y mantenimiento del consumo de tabaco	14
1.5 Definición de adicción y tolerancia a la nicotina	22
1.6 Tratamientos para dejar de fumar	24
1.6.1 Tratamiento médico-farmacológico para dejar de fumar	26
1.6.2 Tratamientos psicológicos del tabaquismo	30
1.6.3 Atención Impartida por el personal de salud.	33
1.7 El fenómeno de la recaída.	34
Capítulo II. Asertividad	39
2.1 Conceptualización de la Asertividad	39
2.2 Conducta Asertiva	45
2.3 Conducta No asertiva	55
2.4 La comunicación no verbal	61
2.5 Entrenamiento Asertivo	66
2.6 Medición de la asertividad	71
2.7 Algunas investigaciones sobre asertividad realizadas en la población mexicana	81
2.8 Asertividad y farmacodependencia	87
2.9 Asertividad y tabaquismo	94
Método	100
4.1 Justificación y planteamiento del problema	100
4.2 Objetivos	102
4.3 Preguntas de investigación	102

4.4 Hipótesis	103
4.5 Variables de estudio	103
4.6 Diseño Muestral	105
4.7 Tipo de investigación	106
4.8 Instrumentos y materiales	106
4.9 Procedimiento	115
4.10 Análisis estadístico	116
4.11 Consideraciones Éticas	117
Resultados	118
Conclusiones	136
Referencias Bibliográficas	143
Anexo 1	156
Anexo 2	163
Anexo 3	180



RESUMEN

El tabaquismo es considerado en la actualidad como la principal causa de muerte evitable en el mundo, la cual no sólo cobra cientos de vidas sino que deteriora de manera notable la calidad de vida de miles de personas en forma de padecimientos crónicos (OMS, 2003)

En la diaria atención de esta problemática se observa que uno de los problemas con los que se encuentra una persona cuando desea dejar de fumar es cómo enfrentarse al mismo entorno y poder negarse ante el ofrecimiento del cigarro una vez que su objetivo es dejar de fumar. Ante esta perspectiva, el papel que parece jugar el fumar cigarrillos como modulador de la relación del fumador con el medio social y la expresión de sus propios sentimientos se consideró importante estudiar la asertividad, conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos) de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta." (Walter Riso, 1988), como un factor que puede influir en la cesación del consumo de tabaco.

Es por esto que el objetivo de la presente investigación fue conocer los niveles de asertividad de una población de 130 pacientes fumadores que acudieron a tratamiento para dejar de fumar a la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México en el periodo de Mayo del 2002 a Mayo del 2003. Para el cumplimiento de dicho objetivo se aplicó a cada paciente el inventario de Asertividad Gambrill y Richey estandarizado para la población de la Ciudad de México (Guerra, 1996). Se obtuvieron los resultados de la prueba y se realizó la estadística descriptiva correspondiente además de un análisis de los reactivos. Así mismo se realizó una comparación de los niveles de asertividad de aquellos pacientes que completaron el tratamiento de aquellos que no lo hicieron. Para la realización de dicha comparación se empleó la prueba chi cuadrada, por el nivel de medición.

Dentro de los resultados se obtuvo que la población estudiada presentó un bajo nivel de asertividad, concluyendo que la población presenta un déficit en habilidades sociales. En el análisis de reactivos se encontró que la población presenta un mayor grado de incomodidad en las áreas de confrontación, defensa de opiniones y resistencia a la presión de otros; y una baja probabilidad de respuesta en las áreas de: manifestación de molestia, enfado o desacuerdo, reconocimiento de limitaciones personales y en la defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas. Esto nos da la pauta para la creación de un entrenamiento asertivo específico para esta población.

En cuanto a la comparación entre grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas aunque si se presentan ciertas diferencias a nivel de porcentajes y características clínicas.



CAPÍTULO I. CONSUMO DE TABACO

I.1 EL CONSUMO DE TABACO EN LA ACTUALIDAD

Actualmente el consumo de tabaco es uno de los retos de salud pública más importantes en América , ya que provoca al menos 845, 000 defunciones por año (Valdes-Salgado, Hernández, Sepúlveda, 2002).

Los productos de tabaco son adictivos para la mayoría de los usuarios y la mayor parte de los adictos comienza su consumo en la adolescencia. (Valdes y cols, 2002). La tendencia es que en E.U. y Canadá el consumo de tabaco ha ido en descenso paulatinamente en los últimos 10 años. Por el contrario, en países del Centro y Sudamérica el consumo ha ido en aumento (Valdes y cols,2002). En nuestro país los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002 el 40.7% de la población de 12 a 65, tanto rural como urbana, es fumadora. Esto representa a 16, 366,572 individuos. De los cuales 11,354,598 son hombres. y 5,011, 974 mujeres.

Para las mujeres, generalmente el consumo es inferior al de los hombres, pero observaciones recientes muestran una tendencia al incremento del consumo de tabaco, particularmente de las adolescentes, lo cual se adjudica a la labor publicitaria de las tabacaleras al presentar el cigarrillo como un icono de independencia, glamour, que ayuda a cuidar el peso corporal y en general,



como un rasgo de modernidad y estilo de vida de una sociedad desarrollada (OPS, 1997).

En cuanto al consumo de la población adolescente, los resultados de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS), aplicada a estudiantes de 13 a 15 años, muestran que los países sudamericanos tienen los valores más elevado en el consumo actual de cigarrillos en adolescentes. En el ámbito mundial se describe un descenso en la edad de inicio de fumar, estimándose que diariamente empiezan a fumar entre 68 mil y 84 mil niños en los países latinoamericanos (Valdes y cols, 2002). En nuestro país la prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de 12 a 17 años, de zonas urbanas en México, fue del 10.1% lo que equivale a casi un millón de individuos, mientras que en la población rural se reportó un 6.1% de fumadores adolescentes (ENA 2002). Así mismo se observa un descenso muy marcado en la edad de inicio de consumo de cigarrillos entre las generaciones nacidas en los años 40's, que empezaban a fumar pasados los 21 años, y las generaciones de los 80's, que empezaron a los 13. Los jóvenes reportan que el 47.6% comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, mostrando variabilidad entre sexos de 46.1% hombres y 52.3% mujeres (ENA 2002).

El costo provocado por el tabaquismo a las instituciones de salud es muy alto. En el Boletín informativo de CONADIC del año 2002, Belssaso refiere que se estimó que el costo promedio por hospitalizarse 15 días por una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedad ocasionada por el



tabaquismo, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias es de \$9,957.80 (calculándole día cama a \$225.10). Si un paciente con EPOC pagara ese costo, equivaldría a 280 salarios mínimos (el salario mínimo en el D.F. es de \$34.45 pesos). Si se hace un calculo de el número de pacientes que acuden a esta institución y el costo de su atención por esta enfermedad, la cantidad es de..... De esta manera podemos observar el impacto que tiene el consumo de tabaco tanto en la salud como en el costo económico y social ya que se estima que los años de vida productivos perdidos, calculados, por enfermedades relacionadas al tabaco son de 5,732 900 años (Villalba-Caloca, 2001).

I.2 SUSTANCIAS DAÑINAS PRESENTES EN EL TABACO

El tabaco contiene alrededor de 4000 sustancias de las cuales 401 son tóxicas, y 43 se sabe que provocan cáncer. Los ingredientes del tabaco responsables del mayor número de enfermedades son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (OPS, 1997)

➤ Nicotina

La nicotina es el principal componente adictivo del tabaco. Se concentra especialmente en las hojas de la planta y forma parte de un grupo de sustancias denominadas alcaloides, las que también se usan por sus propiedades medicinales y psicoactivas. La nicotina es una sustancia química tóxica y adictiva.



En adultos, las muertes por intoxicación son poco frecuentes porque en la combustión de los cigarros se destruye una importante cantidad de nicotina, inhalándose sólo una parte que se absorbe fundamentalmente por el tracto respiratorio, mucosas bucales y árbol bronquial.

La nicotina alcanza el cerebro en un promedio de 10 a 19 segundos después de haberse inhalado el humo del cigarrillo. Es una droga excepcional: estimula la liberación de dopamina, noradrenalina y otros neurotransmisores. Estas sustancias generan una sensación de placer, favorecen la concentración y relajan al individuo y le ayudan a controlar el peso sin perturbar las funciones normales, contrariamente a otras drogas; sin embargo una prolongada exposición provoca alteraciones neurobiológicas y crea dependencia. (Deener, 1999)

La nicotina actúa de dos formas diferentes: cuando se inhala breve y superficialmente tiene un efecto estimulante, y cuando se inhala prolongada y profundamente, un efecto depresor. Una vez que los productos del tabaco se absorben a través de la mucosa bucal y los pulmones, éstos se distribuyen en los principales órganos del cuerpo mediante el sistema circulatorio. La absorción por la sangre es muy rápida y a través de ella llega al cerebro, donde sus efectos se manifiestan casi inmediatamente (Becoña, 1998).

Entre los efectos que provoca la nicotina en el organismo se encuentran los siguientes:



- Aumenta la frecuencia cardiaca y el flujo coronario
- Provoca constricción de los vasos sanguíneos, aumentando en consecuencia la presión sanguínea
- Causa constricción de los tubos bronquiales
- Incrementa el consumo de oxígeno y la frecuencia respiratoria
- Aumenta la actividad del sistema gastrointestinal.

➤ **Alquitrán**

El humo de tabaco contiene millones de partículas pequeñísimas que se unen con el calor provocado por el cigarrillo encendido formando una sustancia gomosa conocida como alquitrán.

El alquitrán impregna la superficie respiratoria de los pulmones de los fumadores activos y pasivos y paraliza las celias de las células respiratorias. Normalmente los cilios actúan como un cepillo que elimina las sustancias extrañas y cuando se paralizan dificultan la eliminación de la flema de las vías respiratorias. Es muy importante mencionar que el alquitrán es cancerígeno y se encuentra en distintas cantidades en los diferentes tipos, marcas de cigarrillos y productos del tabaco. (OPS, 1997)

➤ **Monóxido de carbono**

El monóxido de carbono es un gas incoloro extremadamente tóxico que está presente tanto en el humo del cigarrillo como en los tubos de escape de los automóviles. En la sangre se combina con la hemoglobina y forma la



carboxihemoglobina, sustancia que desplaza el oxígeno de los hemáties e impide así un adecuado abastecimiento de oxígeno a los distintos tejidos y órganos. Este gas es el que más incide acusadamente en el feto y es el responsable del bajo peso del niño al nacer y diversas lesiones. Igualmente es el factor de mayor responsabilidad en producir los infartos de miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas (OPS, 1997)

I.3 PRINCIPALES ENFERMEDADES PROVOCADAS POR EL TABAQUISMO

Hasta los primeros años del siglo XX, los promotores del tabaco insistieron en sus efectos benéficos para la salud. Sin embargo el aumento considerable del número de muertes por cáncer de pulmón en los Estados Unidos y en Europa fue uno de los primeros indicios de un posible efecto nocivo del tabaco. Ya para mediados del siglo XX, estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y Europa habían demostrado una correlación estrecha entre el hábito de fumar y la incidencia del cáncer de pulmón.

En 1954, evidencias obtenidas independientemente por investigadores ingleses y norteamericanos demostraron que los fumadores tenían una tasa de mortalidad mayor que los no fumadores en cualquiera de los años considerados. A comienzos de los años sesenta, dos documentos científicos, que se convirtieron en hitos en la historia social del tabaco, cimentaron la evidencia sobre los efectos negativos del tabaco para la salud. El prestigio de ambas fuentes transformó espectacularmente la actitud de médicos y



salubristas con respecto a los peligros del tabaco y favoreció la organización de campañas contra su uso. Hasta la fecha se han publicado más de 30,000 estudios sobre los efectos del tabaco sobre la salud, algunos de los cuales señalan que la esperanza de vida para los fumadores es en promedio ocho años menor que para los no fumadores (OPS, 1997).

Actualmente el tabaquismo se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad por lo que constituye un importante problema de salud pública. Las enfermedades cardiovasculares, bronco pulmonares, diversos tipos de cáncer y enfermedades digestivo urinarias, no sólo son invalidantes, sino que presentan una elevada letalidad. De acuerdo al Consejo Nacional Contra las Adicciones en su boletín especial del 2001 informó que alrededor de 122 personas mueren diariamente en México por causas asociadas con el tabaco.

1.3.1 Enfermedades Crónica-Degenerativas

➤ Enfermedades Cardiovasculares

El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante, especialmente en el caso de las enfermedades cardíacas. Los fumadores tienen una tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas 70% más elevada que los no fumadores. Por su parte los adultos que comenzaron a fumar cuando eran niños o adolescentes tienen mayores probabilidades de desarrollar placas arteriales y modificaciones sanguíneas que los hacen más susceptibles a las enfermedades cardíacas, a la hipertensión arterial y a los accidentes cerebro vasculares. Cuando se combina el fumar con otros factores de riesgo, tales



como hipertensión arterial y niveles altos de colesterol en la sangre, se multiplican varias veces las probabilidades de tener problemas cardiacos.

A este respecto, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países industrializados, expresadas como cardiopatía isquémica del corazón (EIC), sin embargo se han incrementado rápidamente en los países en vías de desarrollo, lo que provoca que se registre también como principal causa de mortalidad (Salazar, Zamorano, Lopez, Estada, Lazcano, Hernandez, 2002). Los años de vida potencialmente perdidos y atribuidos a muerte por EIC, ascienden a 46.7 millones. En México representa la principal causa de muerte, con 42, 516 defunciones registradas en 1997 con una tendencia ascendente desde hace más de 10 años. (Salazar y cols, 2002)

➤ Cáncer

En el informe de 1964 el Cirujano General de los Estados Unidos confirmó que el tabaco era la causa más importante del cáncer de pulmón. A finales de los años ochenta ya se sabía que el fumar contribuía a aumentar 30% las muertes por distintos tipos de cáncer. Actualmente se sabe que el tabaco provoca cáncer de labio, cavidad bucal, laringe, faringe, de la vejiga, del esófago y del riñón. El fumar, combinado con la exposición a contaminantes ambientales o a sustancias tóxicas, multiplica en forma impresionante las probabilidades de desarrollar esta enfermedad. La tasa de muerte por cáncer de pulmón en nuestro país ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años, aunque continúa siendo más elevada entre los hombres 2.5 hombres por 1 mujer. No obstante, esta relación se esta modificando, lo que podría tener como causa el



aumento en el consumo de tabaco entre la población femenina. (Belsasso, 2001).

Los estudios han demostrado que el riesgo para desarrollar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, al número de años de haber fumado, a la edad en que se inició el consumo, a la forma de inhalación y a la cantidad de nicotina y alquitranes contenidos en los cigarrillos fumados. También se ha comprobado que el humo de este producto contiene gran cantidad de sustancias carcinógenas. Los factores hereditarios juegan, asimismo, un papel importante en el grado de vulnerabilidad para desarrollar cáncer, por tanto, las acciones preventivas de salud deben valorar todos estos factores (Belsasso, 2001).

En México entre 1992 y 1998, la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse llegándose a registrar en ese último año, 753 defunciones por dichas causas. (Belsasso, 2001). Se estima que por tumores malignos se pierden en promedio 19 años potenciales de vida perdidos (Villalba-Caloca y cols, 2001)

Sin embargo, estos tipos de cáncer se consideran enfermedades prevenibles en virtud de que los factores están relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco, de alcohol, y algunos alimentos que se han relacionado con su incidencia. Los factores determinantes de esos cánceres pueden ser eliminados con intervenciones apropiadas como promoción y educación para la salud (Tovar-Guzman y cols, 2002)



➤ Enfermedades Respiratorias

El fumar aumenta los riesgos de contraer o recrudecer afecciones como el asma, la bronquitis crónica y el enfisema. Los fumadores corren un riesgo cinco veces mayor de morir por estas enfermedades que los no fumadores.

La Bronquitis Crónica es la inflamación crónica de bronquios, vías aéreas o de aquellas que están próximas a los conductos y que tiene cartílago, la cual se manifiesta por una tos constante ocasionada por la irritación de las membranas de los cilios. Las membranas paralizan sus movimientos y obligan a toser lo que en otro momento, por reflejo, haría desalojar las partículas nocivas. (Espino, G., 1998).

El enfisema pulmonar se define como la destrucción de los tabiques alveolares con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la salida del aire (Cicero, SS., 1999); estos alvéolos destruidos son los que realizan el cambio de bióxido de carbono por oxígeno. En este caso el daño es irreversible por lo que la persona queda con la necesidad de jalar oxígeno y es por eso que en sus actividades diarias las personas, con este padecimiento, se agitan y necesitan jalar oxígeno ya que pierde la capacidad de oxigenación y se tiene la sensación de asfixia (Espino, 1998).

Sin embargo en un estudio realizado por Auerbach en 1972 se observó que dejar de fumar disminuye la progresión de estas enfermedades (Rubio y Fabián, 1995).

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) engloba una serie de padecimientos caracterizados por una obstrucción generalizada de las vías respiratorias, la cual comprende tres entidades: bronquitis crónica, enfisema y



asma, y los fumadores pueden desarrollar esta enfermedad por una serie de factores que pueden coincidir con la edad (a mayor edad, mayor riesgo), el sexo (más frecuente en hombres), el hábito tabáquico (número de cigarrillos que se fuman y número de años), la contaminación ambiental (partículas suspendidas en el aire), población urbana (principalmente), tipo de ocupación, peso al nacer, infecciones neonatales e infecciones recurrentes, principalmente.

1.3.2 Daños a terceros

➤ Embarazadas fumadoras y alteraciones del producto

Las evidencias demuestran que los hijos de madres fumadoras nacen con un peso promedio menor al de los hijos de madres no fumadoras, y se ha comprobado que existe un aumento en los niveles de carboxihemoglobina en la sangre fetal, con la consecuente reducción en su capacidad de unión al oxígeno y en la presión con la que éste es liberado a los tejidos, lo que se traduce en hipoxia fetal. De esta manera, la incidencia de partos prematuros y mortalidad perinatal atribuidos al tabaco se incrementa notablemente en relación con los hijos de madres no fumadoras. También se ha reportado entre un 10% y un 20% de aumento en el riesgo de aborto espontáneo, así como un incremento en la frecuencia del desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membranas.

Hallazgos en estudios bioquímicos señalan que los niños de padres fumadores están expuestos a carcinogénicos durante la gestación y la primera infancia. Así lo sugieren investigaciones en niños que padecen rhabdomyosarcoma y tumores cerebrales. Incluso las probabilidades de contraer asma se duplican entre los



niños cuyas madres fuman más de 10 cigarros al día. De entre 400,000 y un millón de niños asmáticos empeoran su situación al ser expuestos al humo del cigarro.

Ser fumadores pasivos también significa un riesgo para el embarazo, puesto que la leche materna contiene todo aquello que se encuentra en el cuerpo de la mujer, con lo que el bebé ingiere nicotina junto con su leche materna. Reducir la cantidad de cigarrillos no beneficia al bebé, como tampoco lo hace el cambiar a una marca baja en alquitrán puesto que podría ocurrir que la madre inhale mucho más profundo o de más golpes para obtener la misma cantidad de nicotina que antes (Belsasso,2001).

➤ Fumadores involuntarios o pasivos

Actualmente se utilizan términos diversos para referirse al mismo fenómeno: tabaquismo pasivo, fumador involuntario, exposición ambiental al humo del tabaco, tabaquismo ambiental, pero en general, se dice que cuando una persona que no fuma se ve expuesta al humo de tabaco en un ambiente cerrado, se incrementa en ellos el riesgo de padecer el mismo tipo de enfermedades a las que se ve expuesto el fumador (Belsasso, 2001).

El humo de tabaco ambiental se deriva de la denominada fuente principal (fumador activo) y la colateral (aerosol de la combustión del tabaco). Esta última produce casi 85% del humo ambiental. Aunque el colateral se diluye en el aire, la exposición es constante en espacios cerrados, además de mantener en su composición, niveles elevados de carcinógenos y agentes tóxicos. Así por



ejemplo, la probabilidad de presentar infecciones respiratorias agudas, se incrementa en los hijos de padres que fuman dentro de su casa, con respecto a los niños no expuestos a la inhalación del humo de tabaco, existiendo una relación proporcional entre el número de infecciones respiratorias agudas en los niños expuestos y la cantidad de cigarrillos consumidos intramuros por sus padres (Belsasso, 2001).

Los adultos expuestos en forma crónica al humo del tabaco ajeno también se enfrentan a riesgos, pequeños pero reales, de cáncer de pulmón y a riesgos más altos de enfermedad cardiovascular.

La cantidad de sustancias a las que se encuentra expuesto el fumador involuntario esta determinada por factores como: el tipo de emisor del humo – pipa, puro o cigarro, las características del mismo, sin filtro o con filtro, cantidad de alquitrán y nicotina y otros aspectos propios del producto consumidos, así como las características inherentes al sitio de exposición, es decir, tamaño del lugar, ventilación, tiempo de exposición y número de fumadores, entre otros.

I.4 ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO

Existen diversas teorías acerca de cómo y por qué las personas comienzan a fumar y cómo es que se instaura esta conducta para mantenerse y posteriormente que sea tan difícil su abandono.

Desde hace muchos años el alcohol y el tabaco han formado parte de rituales religiosos y de ceremonias para la iniciación en la edad adulta; ambos tienen un



papel importante en el establecimiento o sancionamiento de relaciones sociales, de amistad y de paz, y ambos están sujetos a la ambivalencia de que abstenerse puede ser mal visto al igual que hacerlo con regularidad puede ser condenado por la sociedad (Dogana, 1980)

Haciendo una revisión de diversas teorías, el psicoanálisis se refiere a que las necesidades "orales" son satisfechas por el tabaco y sobre la asociación cigarrillo-pezón o tabaco-leche. En la cual de acuerdo a Comazzi y Luban-Plozza (1972 en Dogana, 1980) observan que la secuencia de los gestos en el momento en que la persona adulta fuma, pareciera que regresa a experimentar la gratificación infantil de succionar. El calor de la primera bocanada podría representar el flujo de leche a la boca del recién nacido hambriento. De esta manera al igual que el niño hambriento deja de llorar cuando siente el pezón de la madre, se relaja y comienza a sentir satisfacción aún antes de que la leche aplaque su hambre. Esta estrecha relación entre llevar algo a la boca o tener algo en ella y la liberación de angustia se prolonga desde el período de lactancia hasta la vida adulta. De esta manera a cualquier edad, el simple hecho de poder tener algo entre los labios disminuye la ansiedad, trátase de alimentos, palillos, una pluma, el cigarro, puro, pipa, etc...

Otro componente importante en la conducta de fumar es el aspecto motor: jugar con el cigarro o el encendedor y todas las sensaciones táctiles que experimenta el fumador al realizar diversos rituales al fumar, como por ejemplo golpear la cajetilla, la forma en que quita el papel celofán, cómo sacar el primer cigarrillo etc.; por lo tanto pareciera que el paquete de cigarrillos adquiere entonces el valor simbólico de un objeto mágico que infunde seguridad, qué se



corroborar en el testimonio de muchos exfumadores que aunque ya han dejado de fumar se sienten mucho más tranquilos si traen una cajetilla sola en la bolsa de su pantalón. (Fajardo, 1995)

De acuerdo a Dogana (1980) fumar puede ser sustituto de una acción, es decir, una especie de actividad psicomotriz que sustituye a otra que está inhibida por causas exteriores o, también interiores, sirviendo como un medio de defensa para descargar ansiedades.

Sin embargo pueden ser muchas las causas para comenzar a fumar y mantener el hábito, una de ellas son los factores psicosociales, debido a que fumar se realiza con mayor frecuencia en una interacción social (Unzueta 2001).

Según Becoña (1998), el proceso de hacerse fumador puede especificarse en cuatro fases:

- la adquisición, esto es, la prueba inicial y experimentación con el tabaco
- la consolidación del consumo o fase de fumador regular
- el abandono del tabaco pasando a ser ex fumador
- recaída y/o mantenimiento.

El fumar es una conducta que generalmente se concreta en la adolescencia, etapa de vulnerabilidad, dados los cambios internos y externos que enfrenta el joven buscando consolidar su identidad, dirige su energía a la conquista de nuevos logros, de nuevos vínculos, requiere autoafirmación y se aferra fervorosamente a sus ideales. Estas observaciones probablemente expliquen



porque las campañas publicitarias de las empresas tabacaleras y sus estrategias de mercado están dirigidas a los niños y adolescentes que coincidentemente es la población más densa y vulnerable en nuestro país.

El condicionamiento social juega un papel de suma importancia en el consumo del tabaco. Los factores determinantes son varios y coexisten en todo adolescente: la curiosidad, la imitación, la necesidad de aceptación social, la rebeldía y la necesidad de anticiparse a la adultez. Una de las interrogantes es ¿por qué unos siguen fumando y otros no? Esto depende precisamente de la fuerza de los factores determinantes, alimentada por el entorno del joven desde que es niño y la fuerza de las necesidades internas. El modelo conductual sostiene que el individuo "aprende" una conducta en base a una serie de estímulos y respuestas. Los estímulos se derivan del medio ambiente, tanto familiar, escolar y en general de la vida diaria. Cada estímulo condiciona una respuesta (aprendizaje), y ésta depende de la fuente, la calidad del modelo y la forma cómo el individuo interpreta tales percepciones(OPS, 1997)

Becoña (1998) afirma que existen ocho factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar, esto es, en la prueba inicial del tabaco, antes de pasar a ser un fumador regular.

1. Factores de predisposición

1.1 Normas y valores de los iguales y de la familia sobre el tabaco

1.2 Personales: - inclinación hacia conductas problema

- anticipación a la adultez
- extraversión
- creencias tabaco-salud



- 1.3 Sociales: Aceptación social del consumo
2. Características sociodemográficas
 - 2.1 Sexo
 - 2.2 Edad
 - 2.3 Clase social
 - 2.4 Ocupación
 - 2.5 Estudios
3. Disponibilidad
4. Coste económico
5. Publicidad y presión social al consumo
6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos
7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal.
8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos

Cuando una persona prueba su primer cigarrillo siente efectos molestos tales como tos, mareos, náuseas, malestar, sequedad de boca, etc; el continuar consumiendo cigarros se debe a dos factores básicos: a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y a los factores de reforzamiento.

Por un lado, el tabaquismo está reconocido como una farmacodependencia. La hoja de tabaco contiene una sustancia que lo hace un agente adictivo, la nicotina. Este alcaloide natural crea una fuerte adicción y tolerancia con su uso crónico. La tolerancia se refiere a que, en un inicio, con cierta dosis, se tienen



ciertos efectos, pero con el tiempo se requiere de una dosis mayor para obtener los mismos resultados en el sistema nervioso y por esto el cerebro y el resto del organismo se adaptan y después la necesitan para su funcionamiento. Algunas de las características importantes de la nicotina es que se absorbe rápidamente y llega en un promedio de 10 a 19 segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica; es vasoconstrictora y tiene una doble función, produce efectos eufóricos y sedativos. Esta función bifásica es muy atractiva, por que brinda 2 servicios opuestos y complementarios, según lo necesite el fumador. Así la nicotina desarrolla en el sujeto dependencia.

La dependencia psicológica se instaura gracias a los factores de reforzamiento y por las expectativas que ya tenía el sujeto acerca de consumir tabaco. Un ejemplo de esto es que la nicotina, en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de una mayor cantidad de noradrenalina, con lo que se produce un incremento de los impulsos y de elevación del estado de ánimo. Esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta; a esto se le llama un **reforzamiento positivo**. Por el contrario, cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superarlos fumando; esto es, ingiriendo la sustancia consigue anular los efectos desagradables que padece, lo que aumenta la probabilidad de que se repita la conducta. Esto se denomina **reforzamiento negativo** (Becoña, 1998)

Este proceso simple se complica de gran manera por las asociaciones entre las primeras situaciones de fumar, el reforzamiento por fumar y las personas,



situaciones, ambientes, etc., que la persona se encuentra. De esta forma los fumadores ajustan su consumo de tabaco para procurar regular o mantener un nivel particular de nicotina en sangre.

Pardell (1998) comenta que el componente psicológico viene dado por el proceso, según el cual el apoyo social refuerza el hábito. Junto a los efectos de la nicotina e interactuando con ellos están los factores de condicionamiento, que pueden agruparse en cuatro.

El primero es el producido por los efectos interoceptivos, discriminativos y subjetivos de la nicotina. Se ha encontrado que las sensaciones asociadas con fumar, en la tráquea especialmente, tiene una gran relevancia dado que son una fuente de satisfacción interoceptiva para los fumadores.

El segundo factor de condicionamiento es el papel de la nicotina como reforzador positivo. Éste es el mecanismo fundamental por el que las personas siguen consumiendo una droga: la droga produce satisfacción y se incrementa, por tanto la ingestión de la misma cuando está disponible lograr este efecto.

El tercero es el papel de la nicotina como estímulo aversivo. Bajo ciertas circunstancias una droga, junto a sus efectos reforzantes positivos, puede elicitar aversión.

El cuarto es que la nicotina puede funcionar como un estímulo incondicionado, esto es, como un estímulo que produce una sensación una respuesta incondicionada. Con ello su poder de generalización se incrementa, dado que puede producir no sólo respuestas incondicionadas, sino condicionadas a través del condicionamiento clásico.



En suma el poder adictivo de la nicotina, los factores de condicionamiento relacionados con la misma y la interacción entre ambos hacen que esta conducta sea compleja . Complejidad que se incrementa con los otros factores presentes en la situación de consumo. Por ello no debe extrañarnos que cuando las personas quieran dejar de fumar les resulta difícil conseguirlo. Los factores de condicionamiento y los procesos psicofarmacológicos interactúan entre sí en distintas situaciones que hacen difícil el abandono.

Una vez que la persona ha comenzado a fumar y ha pasado a ser fumador regular, no reconoce ciertos datos que le son accesibles, en este caso referidos a la salud. Hay una infravaloración de las consecuencias del tabaco en la salud y se interpreta sesgadamente la información que poseen a su favor en el sentido de creer que esos datos no les atañen o que no les van a afectar ni a corto ni a largo plazo. Una vez que se entra en la cadena de consumo descubren ventajas del mismo y los cigarrillos se convierten en una especie de herramienta psicológica para enfrentarse a distintos problemas. Conforme avanza su dependencia también aprecian que fumar sirve como una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones. Esto refuerza aún más el consumo y van apreciando, en este período, que fumar es "útil" , que mediante el mismo, piensan, se funciona "socialmente mejor" o al menos "subjetivamente mejor".

Carmody (1988) observó en diversos estudios las conductas de diversos fumadores en un contexto de interacción social, en donde encontró que existían ciertos patrones de conducta que eran más o menos constantes como por ejemplo, fumar para mantener la boca cerrada y así disminuir la actividad de



participación, desviar la vista de los demás para quitar la ceniza del cigarrillo o hacer una pausa al encender el cigarro para reprimir alguna emoción.

I.5 DEFINICIÓN DE ADICCIÓN Y TOLERANCIA A LA NICOTINA

La dependencia y la abstinencia de nicotina se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de sustitutos (parche, chicle de nicotina, etc.). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración y el contenido del producto consumido.

La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareo y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido. Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Aunque más del 80% de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, sólo el 5% lo consigue. La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia, queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla.



Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales, recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea, constituye un problema sanitario importante.

La característica esencial de la abstinencia de nicotina, es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de la brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante períodos prolongados. El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas:

- estado de ánimo disfórico o depresivo,
- insomnio,
- irritabilidad,
- frustración o ira,
- ansiedad,
- dificultades de concentración,
- inquietud o impaciencia,
- disminución de la frecuencia cardiaca,
- aumento del apetito o aumento de peso.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del



individuo. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.¹

La necesidad irresistible es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen. La dependencia a la nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales. Dependiendo de la población estudiada, entre el 55 y el 90% de los sujetos con otros trastornos mentales fuman en comparación con el 30% de la población general. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con sustancias son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex fumadores.

I.6 TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

“El tabaquismo es un proceso de gran complejidad, existe cierto consenso internacional de que para su solución se requiere de un paquete o una canasta de acciones, en otras palabras, no existe una única acción, cualquiera que sea ésta, que pudiera resolver tan complejo problema” (Puente-Silva, 1994). Es por esto que existen diversas formas de intervención para erradicar el consumo de tabaco tanto a nivel prevención como tratamiento, sin embargo en este apartado nos referiremos principalmente a los diferentes medios que se pueden utilizar para dejar de fumar. Principalmente se podrían dividir en dos: aquellos métodos que se enfocan a la adicción física y los métodos que se enfocan a la adicción psicológica.

¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales versión castellana DSM-IV



Russell (1971) explica que las razones para dejar de fumar que más frecuentemente comenta el fumador pueden agruparse en seis:

1. Salud, por presentar síntomas como tos, flemas, inflamación de garganta, adormecimiento de extremidades o por miedo al cáncer.
2. Costo
3. Presiones Sociales
4. El ejemplo de parientes, profesores o médicos
5. Demostrarse a si mismos que lo pueden dejar
6. La sensación de que fumar es algo sucio y de mal gusto

Las oportunidades de intervención se realizan a diferentes niveles, la primaria que se dirige principalmente a niños y adolescentes, como forma de prevención, la secundaria la autoayuda y las clínicas de tratamiento dirigidas a fumadores quienes desean dejar de fumar y las intervenciones de salud publica dirigidas a todos los consumidores de tabaco y que incluyen los medios masivos de información y las legislaciones (Tucker, Donovan y Marlatt, 1999). Sin embargo se ha observado que el 18 % de los fumadores dejan de fumar por sí solos (Aragonés, 1981).

En México a partir de 1981, se elaboró un programa de investigación sobre el abandono del hábito de fumar por medio de técnicas educativas y conductuales Este programa se inicio con el apoyo del Instituto Mexicano de psiquiatría y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias a lo cual en 1983 se unieron



el Hospital General de México y el Instituto Nacional de Perinatología. Sus principales objetivos eran establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores en el país y el evaluar al eficacia y el costo-beneficio de las intervenciones.

1.6.1 Tratamiento médico-farmacológico para dejar de fumar

Son aquellos procedimientos destinados a lograr la abstinencia o reducción del número de cigarros que incluyen el empleo de alguna sustancia (medicamento, sustituto del tabaco o similar) como núcleo del tratamiento, que usualmente es aplicada por un médico o farmacéutico. Un ejemplo de esto son los tratamientos homeopáticos y naturistas para dejar de fumar que consisten en la puesta en marcha de una serie de planes dietéticos e higiénicos combinados con la ingestión de determinados productos naturales o sintéticos. Tanto la dieta como las actividades físicas programadas van encaminadas a:

- 1) evitar los factores excitantes (alcohol, café, condicionamientos y sabores picantes) que puedan incitar a fumar;
- 2) buscar efectos relajantes que ayuden a la abstinencia y
- 3) depurativos que sirvan para lograr la desintoxicación (tales como la ingestión de grandes cantidades de agua al día, zumo de frutas, etc.)

Las sustancias que se ingieren se dirigen al mismo fin, esto es, prevenir el aumento de la fatiga y promover los efectos relajantes. Lamentablemente no se encuentran estudios controlados de los resultados de este tipo de tratamientos. El principio utilizado en este procedimiento es la denominada isoterapia (isos: idéntico), en la cual el proceso de tratamiento se lleva a cabo proporcionándole



al organismo cantidades mínimas de un compuesto idéntico a la sustancia de la cual se le quiere desintoxicar; en el caso del tabaquismo se saca un medicamento con disoluciones homeopáticas de tabaco y de sus residuos, contenidos a muy bajas concentraciones.

Otro tratamiento médico-farmacológico son las terapias de reemplazo de nicotina, las cuales están diseñadas para ofrecer una alternativa para la dependencia farmacológica y de esta manera evitar que se presenten los efectos adversos de la abstinencia. Al aliviar los síntomas de la abstinencia permitirá al fumador a enfrentarse con los aspectos no farmacológicos de la adicción. Entre los sustitutos tenemos

- **Chicle con nicotina:** Es una tableta que libera de 2 a 4 mg de nicotina al masticarla. Sin embargo en México únicamente existen tabletas de 2 mg. El consumo medio es de 7 veces al día durante el primer mes y es recomendable una reducción gradual, abandonando su uso antes de los tres meses (González 1998) El chicle fija una resina de intercambio iónico para permitir la liberación lenta de la nicotina cuando se mastica. La masticación adecuada durante 20 a 30 minutos puede dar por resultado descarga del 90% de nicotina(Unzueta, 2001). Al respecto de este sustituto se ha observado en diversos estudios que el chicle ayuda a la persona a dejar de fumar mientras se está en tratamiento; sin embargo tiene un alto porcentaje de recaídas cuando se deja de consumir.



Roales-Nieto y Calero (1994) encontraron que este método es mucho más efectivo en caso de combinarse con algún otro tipo de tratamiento, dentro de un programa establecido.

- **Parche transdérmico:** es una liberación sistémica de nicotina después de su aplicación en la piel, en un receptáculo redondo con una matriz de gel que contiene 10, 20 o 30 mg de nicotina. Este tipo de terapia se asemeja a las fluctuaciones de concentración de nicotina en sangre que ocasiona el cigarro; sin embargo su provisión no es enérgica ni rápida, por lo que no hay un alivio inmediato de los síntomas. (Ayuda química, 2000)

En caso del parche el éxito obtenido al terminar el tratamiento es del 47%; sin embargo a los 6 meses el porcentaje baja a 27% lo cual es mayor que el éxito obtenido con el chicle con nicotina. Al igual que con el chicle, el parche más el consejo o terapia cognitivo-conductual es altamente exitoso en el proceso para dejar de fumar

- **Inhalador:** Especialmente diseñado para tratar tanto el hábito físico de fumar como la dependencia farmacológica a la nicotina, puesto que mantiene el rito mano-boca al que esta acostumbrado el fumador. Contiene 10 - 13 mg de nicotina y una inhalación suministra generalmente menos de una décima parte de la nicotina que se obtendría de un inhalación hecha al cigarrillo, logrando así la deshabituación paulatina del fumador. Se deben usar de 6 a 12



cartuchos al día. La nicotina puede durar más si el inhalador se usa con menos intensidad en cada bocanada. Su periodo recomendado de tratamiento es de 3 meses, después de este periodo se recomienda dejar el tratamiento disminuyendo la dosis diaria (www.nicorette.com.mx). Se aplica en mayores de 18 años, no se administra en mujeres embarazadas y lactancia, enfermedades cardiovasculares, úlceras duodenales y gástricas, enfermedades crónicas de la garganta, asma, diabetes mellitus, hipotiroidismo o feocromocitoma. Se deben usar de 6-12 cartuchos al día. No se recomienda el uso durante más de 6 meses (Unzueta, 2001). Estos métodos tienen un éxito de entre el 18 y 22% de los casos, en especial si se apoya de las técnicas psicológicas (Perancho, 1996)

Los métodos no nicotínicos para dejar de fumar se crearon debido a la estrecha relación que se observó entre la depresión y el tabaquismo, se ha investigado cual relación existe entre ambos teniendo como hipótesis que los efectos neuroquímicos de la nicotina, en el cerebro son similares a los de los antidepresivos.

En 1997, la FDA usó el bupropión (antidepresivo) de liberación prolongada como el primer tratamiento no nicotínico para el tabaquismo. Parece ser que el efecto del bupropión se efectúa a través de los inhibidores neuronales de dopamina y norepinefrina. El bupropion tiene una acción definida en el tratamiento del tabaquismo en fumadores con dependencia severa a la nicotina. Es un antidepresivo inhibidor para depresión, ansiedad, agitación e insomnio. El



componente principal es la anfetabutamona. El mecanismo de acción aparenta no estar relacionada o con el efecto antidepresivo de la droga, sino más bien con sendas comunes a la adicción.

La dosis es una tableta de 150 mg al día durante 3 días, después apartir del día 4 aumenta a 2 tabletas al día cada 8 horas, durante los primeros 9 días de tratamiento, el paciente puede dejar de fumar entre el día 10 y 14 y el tratamiento se continúa de 7 a 12 semanas más (Unzueta, 2001).

1.6.2 Tratamientos psicológicos del tabaquismo

La mayor tradición investigadora sobre el tratamiento del tabaquismo se encuentra en las numerosas estrategias de intervención que los psicólogos han aplicado a la conducta de fumar. En primer lugar tenemos al tratamiento por hipnosis, el cual se entiende como un proceso de atención elevada y focalizada (Down, 1990). El tratamiento hipnoterapéutico se lleva a cabo en cinco fases principales:

Preparación del cliente. Implica el establecimiento de la relación con el cliente, la clarificación de los conceptos erróneos que pudiera tener sobre la hipnosis y la evaluación de su posible capacidad para lograr el trance hipnótico.

Inducción hipnótica. Se puede realizar de múltiples maneras, aunque la más común es por medio de relajación progresiva. Las sugerencias de relajación se acompañan de sugerencias de focalización de la atención.

Profundización de la hipnosis. En la práctica no se distingue de la fase anterior y representa una continuación de la experiencia de trance.



Empleo del trance hipnótico para el propósito terapéutico perseguido. En

el caso del tratamiento antitabaquico la pauta hipnótica implica, habitualmente, sugerencias hechas por el terapeuta al fumador mientras permanece en trance

Terminación. Se lleva a cabo mediante el proceso inverso de la inducción, a fin de sacar al sujeto de trance.

También dentro de este ramo se utiliza la terapia en grupo. En general, al hablar de terapias de grupo nos estamos refiriendo a tratamientos que se aplican a pequeños grupos de fumadores y cuyo funcionamiento puede variar en relación con el número de integrantes, sesiones, marco teórico o enfoque de las sesiones. Incluyen conferencias, discusiones de grupo, información sobre el tabaco y sus consecuencias para la salud y desarrollo de un clima de grupo que motiva al abandono del tabaco.

Aunque las técnicas que se utilizan en terapias de grupo pueden igualmente ser utilizadas en sesiones individuales, frecuentemente se ha comprobado que la interacción con el grupo refuerza la decisión del paciente y el mantenimiento de la abstinencia.

Actualmente en nuestro país las clínicas contra el tabaquismo utilizan en su mayoría las terapias grupales aplicando en ellas terapias cognitivo-conductuales obteniendo en su mayoría resultados de entre el 60 al 98% al finalizar el tratamiento y un porcentaje de entre 35 al 70% en el transcurso de un año (Unzueta, 2001)

Reestructuración Cognoscitiva: Se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo,



de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). El terapeuta adopta como un principio la idea de que la manera en que los pacientes perciben, en consecuencia, estructuran el mundo, es lo que determina sus emociones y su conducta (Beck, 1976). El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta. En la investigación de los tres componentes de la cognición, el afecto y la conducta, el terapeuta intenta responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los sentimientos y los pensamientos de esta persona, aquí y ahora, y cómo se relacionan mutuamente para producir una conducta determinada?, que en esta caso sería la conducta de FUMAR.

Las principales técnicas que se utilizan en esta terapia son:

- La autoobservación, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.
- La identificación de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta
- El examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales
- Llevar a cabo experimentos para comprobar los pensamientos automáticos
- La determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.



Para estos fines dentro de las terapias para dejar de fumar una herramienta que se utiliza es el: **Autoregistro** que consiste en que los fumadores realicen un registro del número de cigarrillos que fuman. Estos registros pueden ser desde solo anotar el número de cigarrillos que se fuman durante el día, hasta requerir un registro más completo de: número de cigarro, hora, lugar, en compañía de, estado de ánimo y forma del golpe. Se ha observado que cuando el fumador comienza a darse cuenta de su conducta fumadora, puede cambiar, aunque el cambio no sea intencional, algunas personas aumentan su consumo, otras lo disminuyen y aunque otras se mantienen, pero logran hacer conscientemente una conducta que realizaban automáticamente sin darse cuenta, por lo que es una herramienta que les puede ayudar a conocer el como donde cuando y por qué de su conducta fumadora para posteriormente dar solución a cada situación ahora sin el cigarro.

Hay autores partidarios de que los fumadores dejen completamente de fumar un día determinado y otros autores postulan una retirada progresiva del tabaco a fin de permitir que la deshabituación se vaya produciendo poco a poco de una forma llevadera para el fumador y de esta manera evitar los molestos síntomas de abstinencia

Las aproximaciones más simples del procedimiento de abandono gradual son: 1) el automonitoreo y 2) establecer una cantidad regular de cigarrillos para fumarse por día o bien ir incrementando el tiempo entre cigarro y cigarro en forma paulatina.



I.6.3 Atención impartida por el personal de salud

El consejo Médico es un programa de asesoramiento impartido por el médico general y otros especialistas; se considera que a través del consejo médico se puede convencer por lo menos al 5% de los individuos para que deje de fumar.

El método fundamental es aconsejar a los pacientes sobre la conveniencia de dejar de fumar, e incrementar el número de los que abandonan la adicción de fumar definitivamente. De esta forma el médico se puede apoyar por la asesoría médica para lograr una mejor aceptación de la terapia y si es necesario recurrir a un apoyo farmacológico.

Recientes publicaciones han revelado que del 60 a 70% de los fumadores quiere dejar de fumar y que del 70 a 90% consideran que el consejo médico sería importante para tomar la decisión. (Gonzalez, Ramírez, Cicero y Gutiérrez, 2001).

Por otro lado también existen los Programas de Educación para la Salud. En estos programas el objetivo fundamental es informar al sujeto de forma clara y precisa sobre el daño a la salud. La intervención consiste en establecer contacto personalmente con los fumadores y así dar respuesta a diferentes temas de salud relacionados con el tabaco. Recientemente se han incorporado a estos programas, además de los temas médicos, datos sobre los mecanismos de aprendizaje que llevan a una persona a consumir tabaco, así como también diferentes estrategias para dejar de fumar (Cicero, Gonzalez y Ramírez, 1995).



I.7 EL FENÓMENO DE LA RECAÍDA

Se han identificado diversas etapas en el proceso del abandono del consumo de tabaco asociadas con fenómenos del proceso del cambio de conducta, (Spot, 1991). Prochaska, Di Clemente, Velicer, Ginpil y Norcross (1985) identificaron 5 etapas en el dejar de fumar y evaluaron los diferentes procesos del cambio de conducta en cada una.

Estas etapas son: 1) Precontemplación

2) Contemplación

3) Preparación

4) Acción

5) Mantenimiento

La Precontemplación, es la etapa en la que el fumador comienza a pensar en dejar de fumar en un futuro próximo pero todavía no lo puede determinar. Los autores plantean que este tiempo abarca los siguientes 6 meses después de que el sujeto considera la posibilidad del cambio de la conducta de fumar. El sujeto duda de sus habilidades para lograrlo.

La Contemplación, el sujeto piensa ya seriamente en dejar de fumar y hacerlo en no más de 6 meses. Comienza a considerar los pros y los contras de fumar.

La Preparación, el fumador intenta dejar de fumar en los siguientes 30 días. Empieza por reducir su consumo diario.



La Acción, es considerada por los autores los 6 meses posteriores a que la persona dejó de fumar; sin embargo consideran que esta etapa el exfumador tiene altas probabilidades de recaída por lo que todavía no se considera por los autores como un éxito.

El Mantenimiento, es la última y el exfumador trabaja continuamente por llevar un estilo de vida saludable y evita la recaída.

En los últimos años, la recaída se ha convertido en un punto de interés en la investigación sobre el tratamiento para dejar de fumar. No sin razón, ya que de hecho, se cuenta con muchos tipos de programas para dejar de fumar que son eficaces; sin embargo se necesita imperiosamente nuevos programas o componentes para añadir a los actuales, que prevengan la recaída y mantengan al exfumador libre de tabaco.

Entre los modelos teóricos más reconocidos acerca del fenómeno de la recaída está el de Marlatt y Gordon (1988), que intenta explicar la ocurrencia de episodios de recaída.

Este modelo parte de la base de que la recaída es un fallo en el enfrentamiento del exfumador a una situación de alto riesgo para fumar, fallo que da lugar a un descenso en la estimación de su nivel de autoeficacia y al posterior consumo de la sustancia adictiva. De esta forma volver a fumar tendría dos consecuencias:

Primero, los efectos percibidos de la sustancia, y la segunda, un fenómeno que los autores llamaron "efectos de violación de la abstinencia". Dicho fenómeno



implica la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia. El individuo se valora a sí mismo en un sentido negativo, como alguien sin fuerza de voluntad y confianza en sí mismo y sus posibilidades de mantenerse abstinentes, una persona que no puede "aguantarse sin fumar". Este tipo de concepto de sí mismo dejaría al individuo que lo experimenta predispuesto a nuevas ocurrencias de recaída, hasta convertirse de nuevo en fumador.

Shiffman en (1982), analizando los datos provenientes de 183 ex fumadores que utilizaron un servicio telefónico permanente de consejo para superar la recaída, encontró que la mayor parte de las crisis de recaída, estuvo asociada con la vivencia de estados afectivos negativos, especialmente con estados de ansiedad, cólera y depresión, mientras que hasta un tercio de dichas recaídas estuvo asociado con estados afectivos positivos y ocurrió precipitado por la presión de otros fumadores, o por cuestiones relacionadas con comida o consumo de alcohol.

Basándose en el anterior y en posteriores estudios Shiffman (1986) ha ofrecido una clasificación de las situaciones propicias para la recaída agrupándolas en cuatro categorías:

Situaciones de contratiempo, o aquellas en las que se produce una experiencia emocional negativa, teniendo lugar el episodio de recaída usualmente en casa y menudo estando solo.

Situaciones relacionadas con el trabajo en las que se produce una fuerte tensión, usualmente con los compañeros presentes en el momento de la recaída.



Situaciones sociales, o recaídas que tienen lugar en bares, restaurantes o en casa de amigos, con otras personas presentes fumando y con el alcohol a veces presente.

Situaciones relajadas, o recaídas que tienen lugar estando en la propia casa a menudo después de una comida con vivencias emocionales positivas y otras personas presentes.

A estas situaciones-tipo descritas por Shiffman podríamos añadir la presencia de fumadores en la red social familiar, laboral, de amistades y/o vecindario del exfumador, ya que algunos autores han encontrado que tales circunstancias tiene un impacto negativo sobre el mantenimiento de la abstinencia por el exfumador (Mermelestein, Cohen, Lichstentein, Baer y Kamarch, 1986).



CAPÍTULO II. ASERTIVIDAD

II.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ASERTIVIDAD

En psicología el concepto de asertividad surge dentro del entrenamiento social y terapia conductual en Estados Unidos a finales de la década de 1940 y principios de 1950. Salter, en 1949, habla de 6 técnicas para aumentar la expresividad de los individuos: 1. la expresión verbal, 2. la expresión fácial de las emociones, 3. el empleo deliberado de la primera persona al hablar, 4. el estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, 5. el expresar desacuerdo y 6. la improvisación y actuación espontánea. Posteriormente Wolpe (1958) retomando estas ideas de Salter, publica un libro llamado *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, y es Wolpe (1958) el que utilizó por primera vez el término de conducta asertiva que luego llegaría a ser sinónimo de habilidad social.

Durante mucho tiempo la conducta asertiva implicó únicamente las dimensiones referidas a la defensa de los derechos y a la expresión de sentimientos negativos, sin embargo, más tarde varios teóricos la definieron como la expresión de alguna emoción que no sea la repuesta de ansiedad hacia otra persona. (Furnham, 1979 en Flores G. 1998).



Posteriormente Lazarus y Wolpe (1966) incluían ya el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su empleo en la práctica clínica.

Wolpe definió la conducta asertiva como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad.

Lazarus (1973) sostiene una aproximación semejante a la de Wolpe, y define a la conducta asertiva en términos de sus componentes que pueden dividirse en cuatro patrones de respuesta especificados y separados:

1. La habilidad de decir "no",
2. la habilidad para pedir favores y hacer demandas,
3. para expresar sentimientos positivos y negativos y
4. para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

Por su parte, Alberti y Emmons (1974) consideran que la asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros.

Al mismo tiempo que Wolpe y Lazarus se creó otra fuente en Inglaterra, en donde el constructo de las habilidades sociales se basaba en el concepto de "habilidad" aplicado a las interacciones hombre-máquina en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. Así Argyle y Knendon (1967) señalaban que una habilidad puede definirse como una actividad organizada, coordinada, en relación con un objeto o una situación, que implica una cadena de mecanismos sensoriales, centrales y motores. Una de sus características



principales es que la actuación se halla continuamente bajo el control de la entrada de información sensorial. La aplicación de este concepto de habilidad a los sistemas hombre-hombre dio lugar a un abundante trabajo sobre habilidades sociales en Inglaterra.

Una definición que incluye muchos conceptos vertidos por otros autores es la ofrecida por Bartolomé Carrobes y Costa del Ser (1979) y mencionan que se suele aplicar el término conducta asertiva para describir la conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa o adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales.

Las definiciones de asertividad se han centrado en torno de la expresión emocional de la autoexpresión, del autodescubrimiento y de la capacidad de establecer la valoración de uno mismo (Flores, 1998).

Se podrían retomar tres elementos generales de las definiciones: Uno, es que el individuo tiene derecho de expresarse; dos, es necesario también el respeto hacia el otro individuo y tres, es deseable que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción o al menos estén encaminadas hacia esa dirección (Flores, 1998).

Sin embargo, para ofrecer una definición de habilidades sociales o asertividad es importante tomar en cuenta que esta definición es parcialmente dependiente del contexto y debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, ya que los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura.



No existe una única manera "correcta" de comportarse sino que ante diversas situaciones, dos individuos pueden actuar de diferente manera obteniendo el mismo grado de habilidad social.

Algunos autores han considerado definir las habilidades sociales en términos de la efectividad para lograr su objetivo; sin embargo se han encontrado algunos problemas en cuanto a esta definición ya que conductas que son evaluadas como no habilidosas, como decir tonterías, o antisociales, como un ataque físico, pueden ser reforzadas por su resultado.

Linehan (1984), señala que se pueden identificar tres tipos básicos de consecuencias y estas mismas pueden variar de acuerdo a las situaciones, el tiempo y los actores:

1. **Eficacia en el objetivo:** La eficacia para lograr los objetivos de la respuesta.
2. **Eficacia en la relación:** La eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción
3. **Eficacia en el autorrespeto:** La eficacia para mantener la autoestima de la persona.

De alguna manera teniendo cierta idea de lo que puede constituir el contenido de la conducta socialmente habilidosa y evaluando las consecuencias de esa conducta se puede conseguir alguna estimación del grado de habilidad social.



Caballo (1986) ofrece tentativamente una definición tomando en cuenta las características anteriormente mencionadas:

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.”

El uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas.

La educación que normalmente recibimos no nos adiestra necesariamente para comunicarnos positivamente con los demás; por el contrario, aprendemos a sentirnos inseguros, a ocultar, reprimir o tergiversar nuestros mensajes o a convertir su expresión en agresiones que humillan o lastiman a otras personas.

Las conductas o habilidades para ser o no ser asertivo se aprenden, son hábitos o patrones de conducta (Castanyer, 1997).

La educación que generalmente recibimos dentro de la sociedad mexicana muchas veces impide precisamente esta expresión positiva



Carrillo Pacheco (2002), haciendo un recuento de algunos estudios con respecto a la estructura del comportamiento en los mexicanos, menciona: "los mexicanos somos seres con complejo de inferioridad y solos, donde la respuesta es una actitud defensiva y la más de las veces autodenigratoria: agredimos para que no nos madruguen. Nos escondemos en la ironía (a la selección nacional les decimos los ratones verdes), en el albur (la vida es un camote, agarre su derecha) y en el chiste (¿sabías que Fox cuando piensa se embota?). Todas ellas como formas violentas para no mostrar nuestros afectos, para no rajarnos y que nos digan cobardes.

El control social es un elemento indispensable que delimita el campo de acción del individuo, lo reprime, contiene y encauza para asegurar que su comportamiento se produzca en los límites del orden, imponiendo conductas cooperativas y predecibles. La normatividad social, es decir, la manera en que el sujeto asume las condiciones sociales y en función de ellas actúa, es un poderoso factor de cohesión del comportamiento colectivo.

Díaz-Guerrero (1982) indica que los mexicanos tienen un estilo de confrontación automodificadora a los desafíos y problemas de la vida, en otras palabras, los mexicanos prefieren cambiarse a sí mismos y se adaptan al medio en lugar de tratar de modificarlo.

En general, por lo tanto, podemos observar que no hemos aprendido muchas opciones para evitar el sufrimiento en la relación humana; ceder permitiendo que abusen de nosotros o atropellar son las alternativas más utilizadas.



II.2 CONDUCTA ASERTIVA

La asertividad para Aguilar (1987) es una habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones de una manera honesta, oportuna, respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesaria.

No existe una personalidad innata asertiva o no asertiva, ni se heredan características de asertividad. La conducta asertiva se va aprendiendo por imitación y refuerzo, es decir, por lo que nos han transmitido como modelos de comportamiento y como dispensadores de premios y castigos nuestros padres, maestros, amigos, medios de comunicación, etc (Castanyer, 1997)

Lange y Jakubowski (1979) mencionan que el mensaje asertivo es:

Esto es lo que yo pienso.

Esto es lo que yo siento.

Esto es como yo veo la situación.

El mensaje expresa en si lo que la persona es y lo dice sin dominar, humillar o degradar a la otra persona.

Navarro (2002), hace referencia a la definición de asertividad de Sthephen R. Covey y menciona que para este "la asertividad es una forma de vida que se hace un hábito en las personas altamente efectivas logrando que la persona



sea proactiva, responsable de su propio destino y de sus respuestas ante cualquier estímulo de éxito o fracaso que plantee el medio haciendo que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente fueron enviados y se envíen exactamente los que se desean enviar." El ser asertivo implica respeto más no deferencia y existen a éste respecto tipos de respeto involucrados en la asertividad

- Respeto por uno mismo
- Respeto por el resto de las personas

El respeto por uno mismo significa expresar las propias necesidades y defender los propios derechos.

El respeto por uno mismo implica:

- La propia concepción como un ser humano, con energía limitada, lo que provoca que tenga que priorizar, abastecer y cuidarse a si mismo.
- Promover ideas objetivas y constructivas respecto de si mismo
- Tener la disposición de evaluar las situaciones para distinguir nuestros miedos de las posibles consecuencias reales de nuestros actos para lidiar con las opciones reales de la situación o problema en vez de confundirla con nuestros miedos.
- Ser razonable con las demandas que se impone en cantidad y grado, tomando en cuenta que no se es perfecto.



- Poner limites en cuanto a lo que uno puede o quiere hacer por otras personas.
- Valorar sus necesidades en su justo nivel, sin menospreciarles o subestimarlas.
- Ponerse en el lugar que se corresponde, la salud y la felicidad propias están antes que la aprobación de los demás.
- Se aceptan la propias equivocaciones, con sentido reflexivo, responsable y constructivo, aprendiendo de esas situaciones.

Los principios asertivos parten del profundo respeto al más caro activo que tenemos como persona, nuestro yo, nuestro cuerpo, nuestro ser, solo al sentar tal respeto, podemos respetar a los demás.

Sin embargo como lo mencionan Lange y Jakubowski (1979) ser asertivo no es simplemente la manera de obtener lo que uno quiere. Ya que se podría malinterpretar en que las personas se vuelvan pasivas cuando crean que actuar asertivamente no les ayudaría a obtener lo que quieren, no se pensaría en los derechos de ambas personas, lo que incrementaría la oportunidad de que las personas utilicen la agresión y la manipulación para obtener lo que quieren y la asertividad podría ocasionar que ciertas personas tomaran ventaja de otras.



El respeto por los demás implica que el otro sea concebido profundamente como ser humano y sea tratado con dignidad, distinguiendo claramente que también tiene los mismos derechos que nosotros.

Lo cual implica:

- Sin necesidad u obligación de aceptar lo que los otros piensan o dicen, los demás tiene el derecho a creer, decir o hacer cosas distintas de las que nosotros creemos, decimos o hacemos, no importando si nosotros esperamos una respuesta diferente; siempre y cuando en sus acciones también exista el respeto hacia nosotros.
- Los demás tienen límites, sensibilidad, propósitos y expectativas que probablemente sean diferentes pero también reales y que inclusive pueden oponerse, competir o hacer más difícil el logro de nuestras metas. No por esto podemos negar, disminuir o minimizar a los otros.
- Los demás tienen razones y motivaciones para actuar aunque no las conozcamos, lo cual implica que respetar a los demás es también hacernos responsables para tratar de no prejuizarlos sin tener antes la información precisa.
- Abandonar el concepto de propiedad que tenemos de los demás.
- Saber pedir disculpas sin menospreciarnos, aceptar que hemos cometido un error, respetando el enojo de los demás pero sin permitir el desprecio o la agresión hacia nosotros.



Para Aguilar (1987) ser asertivo no implica ganarle al otro; sino triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana, no importando que a veces no se logre un resultado práctico o personalmente beneficioso o inclusive que se requiera ceder. Inclusive jakubowski y Lange (1976) en su libro "Responsible Assertive Behavior" menciona que la asertividad responsable implica usar el poder que le da ser asertivo para ayudar a otros a volverse asertivos y no tomar ventaja de ellos.

Así la asertividad se incluye en la semántica que trata de "La habilidad de relación en un contacto positivo, entendido como el llegar a convivir fácil y cómodamente con los otros, implica abrirse, expresarse y compartir. Es crear espacio en nuestras vidas para encontrarse con los otros, es estar presentes, si no estamos presentes se deterioran poco a poco nuestras relaciones con los demás y nos ponemos en riesgo de perder contacto" (Reig 1996 citado en Navarro 2002)

Para Aguilar (1987) otros componentes de la asertividad importantes son:

Ser directo

Ser asertivo implica que los mensajes transmitidos sean lo suficientemente claros y directos para evitar caer en el juego de la adivinanza o la confusión.

El no ser directo provoca que los mensajes puedan ser malinterpretados y se tiene la creencia de que los demás sabrán descifrar los mensajes ocultos que intentamos transmitir. Cuando el otro no entiende lo que quisimos decir



experimentamos frustración, resentimiento o enojo sin darnos cuenta que no es su responsabilidad u obligación leer nuestros lenguajes ocultos.

Aún cuando se es agresivo y si hay una expresión de lo que sentimos tampoco se esta siendo directo y en general lo que se provoca es que los demás reciban un mensaje equivocado en el cual se puedan sentir humillados.

Lo que se necesita dentro de la conducta asertiva es garantizar, por medio de una expresión clara y directa, que los demás reciban el mensaje de lo que nosotros sentimos, pensamos u opinamos.

Ser honesto

Es importante hacer hincapié de que ser honesto no elimina la responsabilidad de mantener el respeto por las otras personas, de manera que sin faltar a la verdad se de el mensaje de la forma más oportuna y respetuosa posible.

Cuidando de no confundir:

- Ser sincero sin convertir la franqueza en agresividad, comentando algo que es cierto en un momento inoportuno
- No utilizar críticas o sarcasmos
- Ser sincero, pero sin afectar la autoestima de la otra persona o de uno mismo.



Ser apropiado

Considerar el contexto implica buscar el mejor lugar para decir las cosas, el momento en que se deben expresar, el grado de firmeza de transmisión del mensaje, la relación con la otra persona y la frecuencia de insistencia en los puntos de vista.

El momento: Ser inapropiado por ignorar la búsqueda del mejor momento implica:

- Ignorar los estados de ánimo y sentimientos del otro para decirle nuestros mensajes
- No dejar que la persona termine de decir lo que piensa
- Saturar a los demás con más información o demandas sin dar tiempo a su adecuada asimilación
- Abordar temas serios cuando no hay el suficiente tiempo para discutirlos o asimilarlo
- Señalar lo que nos molestó de los demás mucho tiempo después de que ocurrió el evento.
- Pedir favores de último momento
- No dejar que el propio estado emocional esté bajo mayor control antes de abordar alguna situación importante.



Firmeza en el mensaje: Es muy importante saber variar la intensidad de nuestro mensaje dependiendo de la situación. Las fallas que más comúnmente se presentan son:

- Cuando otra persona viola nuestros derechos persistentemente, quedamos calmados y explotar después.
- Responder con demasiada intensidad sobrereaccionando.
- Expresarse frecuentemente con firmeza cuando esto no es realmente necesario
- Subestimar la importancia de nuestros deseos haciendo una débil expresión de los mismos.

Relación con los demás. Las historias que hemos formado en nuestras relaciones necesitan ser considerados en la forma en que nos aproximamos ya que no nos relacionamos con todas las personas por igual.

Los errores más comunes son:

- Ser demasiado cortante
- Dar demasiadas explicaciones a desconocidos
- Tratar a los demás con un estilo siempre similar
- Exigirle a los demás explicaciones que no desean dar
- Abrir fácilmente información personal a desconocidos en el primer contacto sin saber si están interesados en escucharnos.



Frecuencia de insistencia. Es muy importante saber hasta qué punto es conveniente repetir un mensaje o idea.

Los errores más comunes son:

- Proponer con demasía un punto de vista sin atender a las inquietudes de los demás
- Repetir con frecuencia la expresión de un mismo sentimiento
- Mantener siempre una imagen agradable y cariños empalagando
- Repetir la misma palabra en casi todo lo que se dice.

Saber Decir

Existen diversas formas de decir las cosas sin embargo Aguilar (1987) nos señala que la regla como expresión recomendable es la misma que nos gustaría que tuvieran los demás hacia nosotros.

Lo que preferimos al expresarnos es:

- Que se nos digan las cosas con respeto
- Nos pidan las cosas en buen tono y con cortesía
- Se nos señalen las cosas con objetividad
- No se nos evalúe global y negativamente por un echo inconveniente.
- No se nos acuse o culpe de todo
- Que se nos hable directamente y con claridad respecto a lo que otros quieren o sienten



- Se nos comunique también lo que hacemos bien
- Se busque un acuerdo en lugar de tratar de hacernos sentir mal
- Nos soliciten información antes de que se concluya negativamente sobre las razones por las que hemos actuado de una u otra manera
- Entiendan también nuestra situación

Saber escuchar

Del manejo de este elemento de la comunicación depende la solución real de los conflictos. Escuchar es una experiencia altamente selectiva; la información que crea conflicto con las creencias de la persona puede ser desatendida de inmediato o la que refuerza algo que deseábamos fuertemente confirmar será totalmente absorbida y subrayada. Esto hace que muchas veces la información se distorsione y el proceso de la comunicación se haga difícil.

Para entender a fondo lo que la otra persona piensa o siente, necesitamos primero estar bien informados, esto puede no ser nada fácil si en la relación existen temores, resentimientos, confusiones o pensamientos distorsionados que le hagan mantenerse callada.

Saber escuchar requiere que facilitemos también el camino para que los demás nos comuniquen y una forma de hacerlo es invitar de una manera directa, flexible, sin exigencias, para que nos compartan sus reacciones.



II.3 CONDUCTA NO ASERTIVA

La inasertividad implica violar los propios derechos no expresando honestamente los sentimientos, pensamientos y creencias y por consecuencia permitir que otros violen nuestros derechos (pasivo); por otro lado también implica el hacer valer nuestros derechos y expresar pensamientos, sentimientos y creencias de una manera deshonesta violando los derechos de otras personas (agresivo).

La conducta pasiva consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil, con demasiada suavidad o timidez ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad, siendo indirecto en el mensaje, rodeando el tema o pidiendo disculpas cuando se requiere que se hable claro acerca de lo que deseamos o necesitamos. La forma de actuar característica es débil, espera que los demás adivinen lo que necesita en lugar de asegurarlo activamente. Por lo tanto la persona se coloca en segundo lugar permitiendo que los demás abusen de ello, dejando de satisfacer adecuadamente las necesidades y provocándose a si mismo por ello malestar y tensión. Esta conducta se puede llegar a manifestar de la siguientes formas:

- Tener dificultad para rehusar una petición
- Dejar que otros abusen de ti
- No poder expresar con libertad los sentimientos
- Sentir miedo al hablar en público.
- Experimentar culpa al expresar un deseo o incomodidad



- Apenarse ante situaciones comunes
- Sentirse víctima
- Sufrir desmotivación, apatía y hasta depresión
- No atreverse a reclamar algo legítimo
- Posponer el enfrentamiento de situaciones humanas
- Abrumarse ante el exceso de demandas de los demás
- Perder fácilmente la espontaneidad
- Padecer por que se da más de lo que se recibe
- Acumular sentimientos hasta explotar
- Dar demasiada importancia del qué dirán o a la aprobación de otros
- Bloquearse cuando la expresión es necesaria
- Hacer muchas cosas que realmente no se desean
- Condolerse ante la poca valía personal
- Exceso de tensión y/o miedo en el intercambio social
- No atreverse a dejar una relación interpersonal nociva
- Sentirse con responsabilidad ilimitada, tensionado
- Condicionar la autoestima personal a la aceptación de otro, aun cuando vaya en perjuicio de uno mismo.
- Dar más valor a las creencias y convicciones de los demás que a las propias
- Experimentar inseguridad en situaciones sociales.



En la conducta pasiva a menudo sucede que la persona se siente responsable por los sentimientos de la otra persona y por evadir la probabilidad de un conflicto la persona prefiere dejar de lado sus sentimientos y deseos. También lo que puede suceder es caer en la creencia de que los sentimientos que experimentamos no son reales y que no los debería de experimentar. Y una tercera trampa en la que se puede caer con esta conducta es la manipulación dejando que alguien más exprese la preferencia o tome las decisiones evitando así la responsabilidad de sus propios actos. Las causas más comunes por las que se presenta esta conducta son:

Se confunde el ser asertivo con ser agresivo, es decir, para muchas personas la conducta asertiva les suena más como una agresión.

Se confunde el ser pasivo con la cortesía, muchas personas tienen la noción de que el ser pasivo es una forma de ser cortés o considerado con el resto de la gente.

No aceptan sus derechos personales, no creen que puedan expresar sus reacciones, hacerse valer por ellos mismos o hacerse cargo de sus propias necesidades emocionales.

Sienten ansiedad acerca de las consecuencias, les preocupa mucho el resultado de cualquier conducta asertiva, creyendo que tal vez perderán el afecto o la aprobación de otra persona.

Creer que al tener esta conducta pasiva están ayudando a la otra persona.



Y existen ciertas creencias que se han establecido socialmente que impiden que la persona actúe asertivamente como:

"No seas egoísta".- Existe la creencia de que pensar de vez en cuando en las propias necesidades y el propio bienestar convierte a la persona automáticamente en egoísta.

"No vales lo suficiente".- Los sentimientos de poca valía personal son producto de pensamientos distorsionados ya que la autoestima se apoya en atributos, estatus o cualidades que al no tenerse en la cantidad requerida que se desea, "hacen disminuir nuestra valor" lo cual es un error grave de juicio.

Lange y Jakugowski (1979) mencionan que esta conducta llega a crear un círculo vicioso logrando que el deterioro de la relación humana vaya en aumento.

La persona no quiere herir a alguien más, por lo tanto decide no ser asertiva, pero sus sentimientos salen de una manera sutil pero de formas negativas que deterioran la relación.

La conducta agresiva es la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás.

Cuando se actúa agresivamente usualmente la persona esta haciendo su mejor esfuerzo para sostener una situación que le es amenazante; de esta forma deja



de lado los sentimientos y derechos de los otros por lo cual puede ocasionar que las otras personas se asusten y no se logre el objetivo deseado.

Esta conducta se puede manifestar de las siguientes formas:

- Mostrarse rígido e inflexible
- Abusar de otros siendo insensible a sus necesidades
- Expresar los sentimientos con tonos y ademanes hirientes
- No aceptar con facilidad la responsabilidad de los propios actos
- Actuar a la defensiva con frecuencia
- Enojarse con facilidad
- Emitir críticas constantes
- Tener siempre la razón
- Necesidad de sentirse superior a los demás
- La urgencia de tener el control
- Querer cambiar a otros al capricho de lo que se desea
- Culpar a los demás y juzgarlos condenando sus acciones
- No reconocer ni aceptar los derechos de los demás
- No aceptar los propios errores
- Sentirse fácilmente amenazado
- Agredir como forma de producir
- Reaccionar exageradamente
- No escuchar, ni tolerar desacuerdos
- Ver únicamente lo que falla en los demás



- Hacer bromas ridiculizando
- Etiquetar negativamente a los demás generalizando un error como atributo total de la personalidad de la persona.

Las causas por las que las personas tiene esta conducta agresiva son:

Amenaza, una causa general de esta conducta es que las personas se sienten vulnerables a que alguien se les anticipe o los ataque por lo cual reaccionan agresivamente por sentirse amenazados y vulnerables.

Antecedentes de pasividad, por muchas razones estas dos conductas se ven ligadas, primero la agresión puede ocurrir cuando una persona ha actuado pasivamente por un periodo de tiempo, dejando que sus derechos y sus sentimientos sean violados por los demás hasta el grado de que el dolor y el enojo han crecido tanto que la persona justifica la expresión de estos sentimientos siendo agresiva.

Por otro lado las personas pueden llegar a actuar agresivamente por miedo a dejar de ser asertivos cuando la demanda de la otra persona es hecha continuamente.

Cuando una persona opta por una conducta pasiva frente a alguien que considera más poderoso que ella, muchas veces puede recurrir a la opción de portarse agresivo con personas sobre las que siente que tiene poder descargando el dolor y el enojo que le provoca ser pasivo en otras situaciones.



Cuando una persona, igualmente que en la conducta pasiva, siente que no tiene ciertos derechos personales, como por ejemplo, el derecho a sentirse débiles o necesitar ayuda, la persona siente que los demás son egoístas por no ofrecerse voluntariamente a ayudar.

La persona puede tener la creencia de que la agresión es la única manera de obtener lo que ella quiere del resto de las personas.

Todas estas conductas afectan al individuo en cada una de las áreas de su vida deteriorando la relación con las personas con las que convive tanto en el área familiar, laboral, personal etc., y obstaculizándole el cumplimiento pleno de sus propios objetivos.

II.4 LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

La mayoría de nuestra comunicación es no verbal y nuestras afirmaciones verbales asertivas se pueden convertir en no asertivas o agresivas dependiendo de nuestra conducta no verbal.

La comunicación no verbal, por mucho que se quiera evadir, es inevitable en presencia de otras persona; aún si una persona decide no hablar o ser incapaz de comunicarse verbalmente todavía sigue emitiendo mensajes acerca de sí mismo a través de su cara y su cuerpo. Los mensajes no verbales a menudo son también recibidos de forma medio consciente: la gente se forma impresiones de los demás a partir de su conducta no verbal, sin saber



identificar exactamente qué es lo agradable o irritante de cada persona en cuestión (Castanyer, 1997).

Lange (1978) menciona que existen ciertas conductas importantes en la comunicación no verbal asertiva como mirar a la otra persona, la duración de la conversación, el tono de voz que se utiliza y el afecto en la conversación. En la conducta asertiva estas expresiones no verbales son congruentes con el mensaje verbal que hacemos y produce más fuerza y énfasis en lo que se está diciendo verbalmente. El tono de voz es apropiado a la situación, el contacto de ojos es firme pero no intimidante, los gestos corporales denotan flexibilidad y la conversación es fluida, expresiva, clara y hace énfasis en las palabras clave.

En la conducta pasiva, las conductas incluyen evasión al contacto visual, alejamiento de la otra persona, encogimiento de hombros, cubrirse la boca con la mano, gestos nerviosos que pueden distraer a la otra persona de la conversación y una débil postura física. El tono de voz puede ser muy suave. La conversación es muy pausada.

En general el pasivo tiene postura de debilidad, ansiedad. Ellos reducen el impacto de lo que están diciendo verbalmente, lo cual es precisamente el por que la persona teme actuar asertivamente. Su forma de hablar es tan suave que difícilmente la otra persona puede verse ofendida.

En la conducta agresiva, la expresión no verbal se caracteriza por dominar o amedrentar a la otra persona. Esto incluye un contacto visual que intimide a la otra persona y la domine, un alto tono de voz que no encaja con la situación,



sarcasmos o un tono de voz condenatorio y una posición paternal corporalmente hablando con un excesivo apuntamiento con el dedo.

Para Castanyer (1997) los componentes no verbales que contiene todo mensaje que emitimos son:

La mirada.- La cantidad y tipo de mirada comunican actitudes interpersonales, de tal forma que la conclusión más común que una persona extrae cuando alguien no le mira a los ojos es que está nervioso y le falta confianza en sí mismo. De esto depende que la utilización asertiva de la mirada como componente no verbal de la comunicación implica una reciprocidad equilibrada entre el emisor y el receptor, variando la fijación de la mirada según se esté hablando (40%) o escuchando (75%).

La expresión facial.- La expresión facial juega varios papeles en la interacción social humana:

- Muestra el estado emocional de una persona, aunque muchas veces trate de ocultarlo
- Proporciona una información continua sobre si se está comprendiendo el mensaje, si se está sorprendido, de acuerdo, en contra, etc. De lo que se está diciendo
- Indica actitudes hacia las otras persona.

La gente, algunas veces manipula sus rasgos faciales adoptando expresiones según el estado de ánimo o comportamiento que le interese transmitir.



La persona asertiva adoptará una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje que quiere transmitir.

La postura corporal.- La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, cómo está de pie y cómo se pasea, reflejan las actitudes y conceptos que tiene de sí misma y su ánimo respecto a los demás.

Castanyer (1997) menciona 4 tipos básicos de posturas

- Postura de acercamiento: indica atención, que puede interpretarse de manera positiva (simpatía) o negativa (invasión) hacia el receptor.
- Postura de retirada: suele interpretarse como rechazo, repulsa o frialdad
- Postura erecta: indica seguridad, firmeza, pero también puede reflejar orgullo, arrogancia o desprecio
- Postura contraída: suele interpretarse como depresión, timidez y abatimiento físico o psíquico.

La persona asertiva adoptará generalmente una postura cercana y erecta, mirando de frente a la otra persona.

Los gestos.- Los gestos son básicamente culturales. Las manos y, en un grado menor, la cabeza y los pies, pueden producir una amplia variedad de gestos que se usan, bien para amplificar y apoyar la actividad verbal o bien para contradecir, tratando de ocultar los verdaderos sentimientos.



Comparados un grupo de sujetos asertivos con otro que no lo era, se halló que mientras que el primero gesticulaba un 10% del tiempo total de interacción, el segundo grupo sólo lo hacía el 4%.

Para Castanyer los gestos asertivos son movimientos desinhibidos. Sugieren franqueza, seguridad en uno mismo y espontaneidad por parte del que habla.

Componentes paralingüísticos

- **Volumen:** Tiene que estar en consonancia con el mensaje que se quiere transmitir. Un volumen de voz demasiado bajo podría comunicar inseguridad o temor, mientras que si es muy elevado transmitirá agresividad y prepotencia.
- **Tono:** el tono debe ser uniforme y bien modulado, sin intimidar a la otra persona pero basándose en una seguridad. Un tono insípido y monótono puede producir sensación de inseguridad o agarrotamiento, con muy pocas garantías de convencer a la persona con la que se está hablando.
- **Fluidez:** Perturbaciones en el habla como excesivas vacilaciones y repeticiones pueden causar una impresión de inseguridad, inapetencia o ansiedad.
- **Claridad y velocidad:** el emisor de un mensaje debe hablar con una claridad en la cual el receptor pueda comprender el mensaje sin tener que sobreinterpretar o recurrir a otras señales alternativas.



II.5 ENTRENAMIENTO ASERTIVO

El uso del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas; es decir: 1) que la capacidad de respuesta debe adquirirse y 2) que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Por lo que una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica:

- 1) una dimensión conductual (tipo de habilidad)
- 2) una dimensión personal (las variables cognitivas)
- 3) una dimensión situacional (el contexto ambiental)

Por lo tanto el entrenamiento en habilidades sociales se podría definir como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Curran, 1985).

El entrenamiento en habilidades sociales implica cuatro elementos:

1. Entrenamiento en habilidades

Donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.



2. Reducción de la ansiedad

Normalmente se consigue de forma indirecta al llevar a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad.

3. Reestructuración cognoscitiva

Aquí se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. La reestructuración cognitiva tiene lugar, la mayoría de la veces también en forma indirecta; es decir la adquisición de nuevas conductas modifica a más largo plazo las cogniciones del sujeto .

4. Entrenamiento en solución de problemas

En donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores de estos parámetros para generar respuesta potenciales, seleccionar una de esas respuestas y expresarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

En la práctica, se puede considerar, de acuerdo con Lange (1979) que las cuatro etapas del entrenamiento en habilidades sociales son las siguientes:

1. El desarrollo de un sistema de creencias que mantengan un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
2. La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas



3. La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas
4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

El primer paso dentro del entrenamiento en habilidades sociales, es que tanto paciente como terapeuta identifiquen las áreas específicas en las que existe problema; lo cual se puede lograr por medio de la entrevista, llevando un autorregistro, aplicación de algún inventario y el empleo de situaciones específicas observándolas en la vida real.

Algunas ocasiones puede ser necesario enseñar al individuo a relajarse, antes de que aborde determinadas situaciones que le resulten problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá la actuación socialmente adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades.

Siguiendo con el esquema práctico de Lange, se puede considerar que una primera fase es la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Un derecho humano básico en el contexto de las habilidades sociales es algo que uno considera que toda la gente tiene en virtud de su existencia como seres humanos.

Para Jakubowski y Lange (1979) los derechos humanos básicos son:



- El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva – incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
- El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
- El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
- El derecho a cambiar de opinión
- El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta que la otra persona tiene el derecho a decir que no)
- El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
- El derecho a ser independiente
- El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
- El derecho a pedir información
- El derecho a cometer errores y ser responsable de ellos
- El derecho a sentirte a gusto contigo mismo
- El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
- El derecho a tener opiniones y expresarlas



- El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses-siempre que no violes los derechos de los demás.
- El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo en casos límite en que los derechos no están bien claros.
- El derecho a obtener aquello por lo que pagas
- El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
- El derecho a tener derechos y defenderlos
- El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio
- El derecho a estar solo cuando así se elija

Una siguiente etapa sería en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Es importante que el paciente tenga claro que el comportamiento asertivo es, generalmente más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se ha propuesto.

La siguiente etapa consiste en realizar una reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del sujeto socialmente inadecuado; teniendo como objetivo el ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta; que descubran las relaciones entre sus cogniciones, sus sentimientos y su conducta.



Una vez terminado todo lo anterior se procede al ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. El empleo de la relajación en el caso de que el paciente se sienta muy nervioso, la aceptación de un conjunto de derechos humanos básicos, la diferenciación entre estilos de respuesta adaptativos y no adaptativos, y la reestructuración cognitiva de los pensamientos incorrectos del individuo, nos sirven para facilitar el ensayo conductual apropiado y, sobre todo, la generalización del mismo a la vida real.

II.6 MEDICIÓN DE LA ASERTIVIDAD

Han sido muchas las investigaciones llevadas a cabo para estudiar la influencia que ejerce la asertividad en la conducta del ser humano, estas investigaciones se han realizado en diferentes poblaciones y se han utilizado para su medición diversos instrumentos, los cuales han sido en su mayoría escalas de autorreporte, debido a que presentan la ventaja de poder hacer la detección y delimitación de un área o problema para pasar posteriormente a medidas más específicas; así como también sirven para evaluar los resultados de un tipo de tratamiento (Vizcarro y García, 1983). Las razones de su amplio uso han sido de tipo práctico, ya que éstas requieren pocos recursos materiales, humanos y de tiempo para su aplicación (Guerra, 1998).

Estas escalas también presentan ciertos puntos débiles debido a que algunas variables ya sean situacionales o del sujeto pueden distorsionar la información



recogida y pueden considerarse como fuentes de error (Vizcarro y García, 1983).

Algunas de las escalas más representativas que miden asertividad son:

- Inventario de Wolpe y Lazarus

Este inventario fue publicado en 1966 y fue el primer instrumento estructurado para la evaluación de la asertividad.

Consta de 30 preguntas abiertas como:

¿Expresa usted generalmente lo que piensa?

¿Es usted capaz de contradecir a una persona dominante?

Este inventario ha servido de modelo para la construcción de otras escalas.

Hersen (1979) evaluó las características psicométricas en una población de pacientes psiquiátricos. Respecto a su confiabilidad, obtuvieron un coeficiente de consistencia interna de 0.78 ($p > 0.05$) y un coeficiente de estabilidad temporal de 0.65 ($p > 0.001$).

- Inventario de resolución de conflictos

McFall y Lillesand (1971) elaboraron este inventario a través de un estudio realizado con estudiantes a los cuales se les pidió que describieran, por escrito, situaciones en las cuales tuvieran dificultad para decir NO ante peticiones no razonables. Con estos datos los autores realizaron un inventario con 82 reactivos en donde los estudiantes debían responder a preguntas abiertas



únicamente con SI o NO. Posteriormente otra muestra de 60 estudiantes fueron instruidos para indicar como podrían responder en cada situación marcada con las siguientes 5 opciones:

- a) Me puedo negar a hacerlo y no sentirme incomodo por eso.
- b) Me puedo negar a hacerlo pero me sentiría incomodo por ello.
- c) No podría negarme pero me sentiría incomodo por no haberlo hecho.
- d) No podría negarme incluso si yo lo prefiriera así, pero me sentiría especialmente incomodo por no hacerlo.
- e) No me negaría ya que me parece una petición razonable.

Finalmente este inventario quedó reducido a 35 situaciones y a una serie de preguntas relacionadas con las reacciones individuales ante peticiones poco razonables.

Este inventario se elaboró como método de diferenciación entre sujetos asertivos y no asertivos.

▪ Escala de Asertividad de Rathus (RAS)

La escala de asertividad de Rathus (1973) consiste en 30 preguntas a las cuales el sujeto debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo (en una escala de +3 y -3). Estas preguntas están basadas en la escala de Wolpe y Lazaurs (1966) y en preguntas de las escalas de Allport (1928) y Guilford - Zimmerman (1956).



Se trata de que el sujeto diga con exactitud si la frase propuesta es muy característica de él o de su conducta (+3), bastante característica (+2) o, si se trata de algo muy raro y muy poco característico de su modo de hacer (-3).

Algunos reactivos de la escala original son:

- 11. Regularmente no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto.
- 16. Yo evito hacer preguntas por miedo a sonar estúpido.
- 29. Yo soy rápido para expresar una opinión.

Rathus obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.78 ($p < 0.01$) y un coeficiente de consistencia interna de 0.77 ($p < 0.01$). Su validez convergente y predictiva se comprobó a través de dos mediciones externas: un diferencial semántico y mediciones conductuales (Guerra, 1996).

Sin embargo alguna de las críticas que ha recibido este inventario es que gran parte de sus reactivos hacen referencia a conductas agresivas más que asertivas y no hace mucha referencia a sentimientos más positivos (Blanco, 1984).

- Escala de autoexpresión para estudiantes: Una medida de asertividad Galassi, DeLo, Galassi y Bastien (1974) crearon una escala formada por 50 reactivos, la cual utiliza un formato estilo Likert (0-4) con 21 reactivos positivos y 29 reactivos negativos.



Esta escala mide 3 aspectos de la asertividad:

- Asertividad positiva, caracterizada por la expresión de sentimientos positivos hacia las demás personas.
- Asertividad negativa, cuando existe una justificada expresión de sentimientos negativos (malhumor, enfado, etc.), en el transcurso de las relaciones interpersonales.
- Auto-negación, que implica la constante corrección de nuestras reacciones, materializada en la tendencia a ir pidiendo disculpas de todo ante cualquier persona.

Los fines de la escala en general son determinar en qué tipos de conducta falla un sujeto, proporcionar una visión general de las persona con las que el sujeto tiene especiales dificultades en expresarse y detecta los cambios producidos por una terapia de entrenamiento en la asertividad (Blanco, 1984).

Los datos relacionados a la validez y confiabilidad de la escala se obtuvieron con muestras de estudiantes, en donde la confiabilidad test-retest fue de 0.90 y su validez de constructo se evaluó favorablemente al correlacionarla con una escala de adjetivos que incluye 24 subescalas descriptivas de personalidad.



▪ **Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey**

Gambrill y Richey (1975) realizaron un inventario de asertividad con 40 reactivos. Este instrumento fue desarrollado principalmente con fines de investigación y es aplicable a población general

Los reactivos que la integran presentan situaciones de interacción social con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas.

Y se engloban en 8 categorías:

- 1) Rechazar peticiones
- 2) Admitir limitaciones personales
- 3) Iniciar contactos sociales
- 4) Expresar sentimientos positivos
- 5) Afrontar la críticas
- 6) Diferir de las opiniones de otros
- 7) Ser asertivo en situaciones de servicio
- 8) Expresar sentimientos negativos.

Varias fuentes fueron utilizadas para elaborar los reactivos incluyendo el reporte de varios estudiantes y pacientes, así como también una amplia revisión de literatura para determinar las situaciones en las que más frecuentemente se presentan problemas para realizar conductas asertivas.

Para cada reactivo el sujeto debe responder para indicar:



- 1) El grado de incomodidad o ansiedad (GI) que le representa. Se contesta en una escala del 1 al 5, donde 1 significa nada y 5 demasiado.
- 2) La probabilidad de respuesta en caso de que la persona estuviera en dicha situación. Igualmente se contesta con una escala del 1 al 5 donde 1 es siempre lo haría y 5 jamás lo haría.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas de ambos indicadores (Grado de Incomodidad y Probabilidad de respuesta) configuran, de acuerdo a las autoras, cuatro grupos de diagnósticos posibles:

Asertivos.- Personas con Grado de Incomodidad bajo y Probabilidad de Respuesta alta.

Inasertivos.- Personas con Grado de Incomodidad alto y Probabilidad de Respuesta baja.

Actores Ansiosos.- Personas con Grado de Incomodidad alto y Probabilidad de Respuesta alta.

Indiferentes.- Personas con Grado de incomodidad bajo y Probabilidad de Respuesta bajo.

Gambrill y Richey consideraron que la distinción entre el Grado de Incomodidad y la Probabilidad de Respuesta es importante en tanto que las diferentes



combinaciones de estos factores podría indicar la necesidad de procedimientos de cambio conductual distintos y permitiría describir diferentes categorías diagnósticas y por tanto señalar el procedimiento terapéutico idóneo.

El inventario obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala de Grado de Incomodidad y 0.81 para la de Probabilidad de Respuesta.

Carrasco, Clemente y Llavona (1989) evaluaron la consistencia interna y estructura factorial del inventario obteniendo un coeficiente alfa de 0.91. al realizar el análisis factorial obtuvieron 12 factores para GI y 13 para PR, todos relacionados con los factores obtenidos por Gambrell y Richey, excepto uno llamado, rechazo en situaciones ventajosas. Estos autores concluyen que el inventario tiene poca especificación tanto de las situaciones como de las personas ante las que se ha de desplegar la conducta (Guerra, 1996).

- Cuestionario Situacional

Para la realización de esta prueba Levenson y Gottman (1978) aplicaron 3 cuestionarios a una población de 200 estudiantes que respondieron a un anuncio donde se proponía un programa de entrenamiento para aquellos que tenían problemas en las relaciones interpersonales. De estos 200 se tomó a los 92 que completaron el entrenamiento y éstos se consideraron como el grupo de pacientes y se formó un grupo de 69 que no habían tomado el programa de entrenamiento como muestra de una población normal.



A ambos grupos se les aplico el cuestionario situacional, el cual consta de 40 reactivos con siete tipos diferentes de situaciones.

- 1) Rehusarse a peticiones no razonables
- 2) Obtener lo que tu quieres
- 3) Expresar como se siente
- 4) Pedir que alguien cambie su conducta
- 5) Enfrentar situaciones formales (fiestas o cenas)
- 6) Iniciar y continuar conversaciones
- 7) Hacer citas

A cada uno de los reactivos se le contestaba en una escala del 1 al 5 tomando como 1) Me sentiría tan molesto e incapaz de manejar esta situación que preferiría evitarla; 2) Me podría sentir muy incomodo y podría tener mucha dificultad en manejar esta situación; 3) Me sentiría un tanto incomodo y podría tener alguna dificultad en manejar esta situación; 4) me sentiría cómodo y podría estar dispuesto a manejar esta situación bien; 5) Me sentiría bastante cómodo y estaría dispuesto a manejar esta situación bastante bien.

A este cuestionario se le agregó un segundo llamado Inventario Conductual de 26 reactivos relacionado con algunos aspectos de la conducta como amistad, auto-confianza, asertividad, intimidad y citas con personas del sexo opuesto, en las cuales el sujeto tenía que responder en cuanto a su grado de realización de acuerdo con: nunca, de cuando en cuando, a menudo, casi siempre.



Ambos cuestionario para los autores son capaces de discriminar entre sujetos socialmente competentes e incompetentes así como también dos tipos de incompetencia social: el fallo en la conducta asertiva y los problemas relacionados con la interacción con personas del sexo opuesto.

Posteriormente los autores transformaron las versiones originales del Cuestionario Situacional y del Inventario Conductual y formaron uno solo llamado Cuestionario de citas y asertividad, que igualmente se dividió en dos partes. En la primera se incluyeron nueve preguntas a las que el sujeto tiene que responder de acuerdo con la frecuencia con la que realiza esa conducta: nunca, de cuando en cuando, a menudo y casi siempre y esta primera parte demostró tener una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach= .92). En la segunda parte se plantean nueve situaciones en las que se invita al sujeto a responder, mediante la técnica del role-playing, según las cinco posibilidades de: nunca, de cuando en cuando, a menudo y casi siempre, pero esta vez relacionadas con el grado de incomodidad o comodidad ante cada una de ellas. Esta segunda parte también cuenta con alta consistencia interan (Alfa de Cronbach = .85). El coeficiente de estabilidad temporal ($r > .62$, $p > 0.001$) señaló una moderada confiabilidad test-retest (Guerra, 1996).

Loor y More (1980) al examinar la literatura sobre la medición de la asertividad sugieren las siguientes dimensiones como las más frecuentes en los inventarios: la primera y la más frecuente es la que se refiere a las oraciones



encaminadas hacia la defensa de los derechos, la segunda consiste en oraciones descriptivas de la habilidad de iniciar, terminar, continuar conversaciones en interacciones interpersonales, el tercer grupo son las conductas para ejercitar la iniciativa para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, el cuarto es la habilidad para resistir la presión grupal o individual o la influencia hacia la conformidad y el quinto es la dirección e influencia de otros, es decir la conducta asertiva envuelve liderazgo (Flores, 1998).

Los instrumentos hasta ahora utilizados miden uno u otro de los aspectos antes mencionados, de ahí que al tomar como punto de partida cualquiera de estos instrumentos, solamente se está midiendo una parte de lo que sería el concepto de asertividad correspondiente a la conceptualización desarrollada dentro de una cultura particular (Flores, 1998).

II.7 ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE ASERTIVIDAD REALIZADAS EN LA POBLACIÓN MEXICANA

A este respecto dada la importancia de la asertividad para el comportamiento social e individual y que todos los instrumentos se han elaborado en otros idiomas, se consideró importante que en México existiera una forma de medición de la asertividad de acuerdo a su contexto social (Flores, 1998). Por lo



cual en un inicio se utilizó la prueba de asertividad de Rathus (1973) traducida y retraducida al español.

Los resultados encontrados mostraron que la estructura factorial de la prueba de Rathus traducida al español no fue consistente con la concepción original del instrumento, es decir, que los constructos de la prueba original no se mantuvieron en la cultura mexicana sino que aparecieron nuevas formas de conceptualización de la asertividad.

De acuerdo con Flores, Diaz y Rivera (1987) la asertividad no es una forma de confrontación usual en los mexicanos y existen estilos que podrían flanquear su demostración y por tanto dar un mejor entendimiento sobre su dinámica; por lo tanto se consideró de interés realizar una serie de estudios para obtener una definición conceptual más apegada a la realidad y experiencia de los mexicanos y con ello conocer la evaluación semántica que se tiene de la asertividad, la agresividad y la abnegación en México.

Diaz Guerrero (1982) indica que los mexicanos tienen un estilo de confrontación automodificadora a los desafíos y problemas de la vida, es decir, los mexicanos prefieren cambiarse así mismo y se adaptan al medio, en lugar de tratar de modificarlo. Es por esto que la abnegación es un estilo de confrontación pasiva que se utiliza cotidianamente para resolver problemas.

En estos estudios realizados por Flores, Díaz y Rivera (1987) se encontró que el significado de asertividad es muy pobre y que no concuerda con la definición



psicológica ofrecida por Jakubowski y Lange (1976). La falta de un lenguaje apropiado y extenso en la cultura para describir conductas asertivas, puede ser considerado como evidencia para la falta de esquemas conductuales que permita a las personas llevar a cabo conductas que no están en sus repertorios cognoscitivos.

Las diferencias encontradas por las variables revelan que a medida que aumenta el nivel académico se observa que el número de palabras definidoras de los conceptos también va en orden ascendente.

A través de este estudio también se observó un patrón en donde a medida que se aumenta la escolaridad se rompen con las normas establecidas y se percibe más negativamente a la abnegación y a la agresividad y más positiva a la asertividad, la confianza en sí mismo, los derechos etc.

A este respecto Egozcue (1997) llevo a cabo una investigación en la población de estudiantes de Ciudad Universitaria con el objetivo de saber si difiere la asertividad en los jóvenes universitarios a nivel licenciatura, de acuerdo a su género y utilizó para este fin la escala multidimensional de asertividad para estudiantes elaborada por Flores (1994), constituida por 50 afirmaciones tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Egozcue encontró que en los estudiantes de las catorce facultades, el ser hombre o mujer no es determinante para la presencia de conductas asertivas;



sin embargo se observó que la asertividad que presentan los estudiantes de la muestra no es un rasgo muy usual en ellos, ya que en el perfil obtenido por Egozcue se ubican dentro de la categoría de término medio con una tendencia a la baja, sobretodo en el caso de las mujeres, ya que se encuentra un poco más acentuado, lo cual refuerza lo anteriormente mencionado por Flores y Díaz al respecto de que la asertividad no es una forma de confrontación usual en los mexicanos.

Gutiérrez (2001) estimó la prevalencia de casos de inasertividad igualmente en la población de estudiantes de Ciudad Universitaria. En donde encontró que la prevalencia registrada para los casos de inasertividad es del 30%, es decir que tres de cada diez estudiantes presentan un déficit significativo en su conducta asertiva.

Para esta investigación se utilizó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, estandarizado por Guerra (1996) obteniendo la siguiente distribución de acuerdo a los diagnósticos propuestos:

El 8% de la población cayó dentro de la categoría de inasertivo

El 1% se encontró en el diagnóstico de indiferente

El 4% de la población entró en el diagnóstico de actor ansioso

El 17% entró en el diagnóstico de promedio inferior

Debido a la investigaciones anteriores se llevó a cabo también un análisis por reactivo para identificar si existían diferencia entre hombres y mujeres encontrándose que las mujeres parecen conducirse más asertivamente que los



hombres en situaciones relacionadas con: expresar sentimientos positivos, hacer halagos, defender sus derechos en situaciones comerciales y manifestar molestia, enfado o desacuerdo. Mientras que los hombres son más asertivos para: reconocer limitaciones personales, iniciar contactos sociales, hacer peticiones, resistir al presión de otros, defender opiniones, afrontar situaciones molestas y emitir conductas de confrontación.

Igualmente, para uso en la población Mexicana Ma. Teresa Guerra (1996) estandarizó el Inventario de Asertividad Gambrell y Richey para la población de la Ciudad de México. Guerra realizó la traducción del inventario al español y posteriormente esta versión se hizo revisar por 10 jueces familiarizados con la terapia conductual y la elaboración de escalas psicométricas. Una vez corregido se realizaron 3 estudios piloto con los criterios de que debían ser personas entre 16 y 65 años de edad, que supieran leer y escribir y que vivieran en la Ciudad de México.

Al final el inventario obtuvo en la subescala GI un coeficiente de consistencia interna de 0.9213, 0.8879 para la Subescala PR y el valor obtenido por el inventario fue de 0.9921.

Como índice de homogeneidad de la estructura interna, el coeficiente alfa adquirió valores de 0.8998, 0.8816 y 0.9247 para GI, PR y el Inventario completo. Considerando que los coeficientes alfa y los de consistencia interna son mayores que 0.85, pudo afirmarse que el inventario es altamente confiable.

Posteriormente Guerra realizó un análisis factorial para cada una de las subescalas GI y PR; en donde de los 40 posibles factores, sólo se obtuvieron 9



de acuerdo al análisis realizado y se determinó la composición de cada factor, incluyendo sólo los reactivos con cargas factoriales sustanciales.

Estos 9 factores encontrados en ambas subescalas se encuentran relacionados con los 11 encontrados por Gambrill y Richey.

Los factores son:

Factores para la subescala Grado de Incomodidad	Factores para la subescala Probabilidad de Respuesta
1.Reconocer limitaciones personales/Hacer halagos	1.Expresión de sentimientos positivos
2.Conductas de confrontación y defensa de opiniones	2.Manifestar molestia, enfado o desacuerdo
3.Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacción con personas cercanas	3.Reconocer limitaciones personales
4.Hacer peticiones	4.Hacer peticiones
5.Expresión de sentimientos positivos	5.Conductas de confrontación y defensa de opiniones
6.Rechazar peticiones	6.Rechazar peticiones
7.Resistir la presión de otros	7.Resistir la presión de otros
8.Inciar contactos sociales	8.Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas
9.Afrontar situaciones molestas	9.Afrontar situaciones molestas.

Guerra realizó normas de puntuación para cada una de las subescalas (GI y PR), lo cual proporcionó nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de la población ya que en la distribución del grupo normativo se encontró que tomando únicamente los 4 diagnósticos de Gambrill y Richey (Asertivo, Actor Ansioso, Inasertivo e Indiferente) se deja fuera a muchas personas que se clasifican en GI promedio y PR promedio o bien en otras combinaciones (GI promedio y uno de los seis niveles de PR diferentes a PR promedio o PR promedio y uno de los seis niveles de GI diferentes a GI promedio)*.

* Los 6 niveles de PR y GI son conforme a las tablas normativas que presenta Guerra (1996)



Por lo tanto sin hacer a un lado la clasificación de Gambrell y Richey, las normas obtenidas por Guerra proporcionan los criterios para la interpretación de los puntajes brutos; ya que de esta forma el entrenamiento asertivo puede favorecer el aprendizaje de respuestas asertivas esperando que quien lo recibe experimente menor incomodidad subjetiva y aumente su probabilidad de comportarse asertivamente.

Guerra en sus resultados encontró que las personas clasificadas en niveles de incomodidad superiores al promedio fue de 30.1 % mientras que el 27.6% presentaron una probabilidad de respuesta inferior al promedio por lo que se observó que un número importante de personas puede beneficiarse con los programas de entrenamiento asertivo.

Es importante tener en cuenta estos datos ya que el estudio de una variable de personalidad como es la asertividad, hace necesario tomar en cuenta tanto a la personalidad como tal, así como también el contexto situacional y por ende cultural, ya que la asertividad estará determinada por ambos aspectos.

II.8 ASERTIVIDAD Y FARMACODEPENDENCIA

La asertividad ha sido estudiada como un factor que puede afectar en el inicio, mantenimiento y cesación del consumo de drogas, ya que se ha visto cierta relación entre estos dos factores (Webb, 1995). Es por esto que la aplicación



de los entrenamientos en habilidades sociales ha proliferado en los últimos años (Van Hasselt, 1993), tanto en el ámbito del tratamiento, como en el de prevención y han sido evaluadas diferentes poblaciones, centrándose principalmente en la adolescencia, tanto para prevenir el consumo, como para evaluar los posibles factores que intervienen en el inicio del consumo de drogas.

El interés en ver la relación de este factor en el consumo y abuso de las drogas ha crecido debido a que en algunos estudios (Chancey, 1989, O'Leary, 1976, Webb, 1995) se ha observado que varios de estos individuos se caracterizan por un déficit en habilidades sociales, debido a: haber tenido un modelo de conducta social inadecuado durante su niñez, falta de una retroalimentación adecuada y consistente en sus interacciones, altos niveles de ansiedad social y la percepción de estrés y rechazo social.

En un estudio realizado por Kaplow (2002) identificaron los factores que podrían predecir el uso de sustancias en una población de jardín de niños usando datos sociodemográficos, información de los padres, y las funciones psicológicas, conductuales y sociales de los niños. Los resultados del análisis longitudinal indicaron que los factores de riesgo incluían: ser hombre, tener algún padre que consuma algún tipo de droga, bajos niveles de razonamiento verbal por parte de los padres, altos niveles de hiperactividad, problemas de pensamiento y problemas sociales debido a déficits en sus habilidades. Los niños que presentaron ningún factor de riesgo tuvieron menos de un 10% de probabilidad de iniciar en el consumo de drogas a la edad de 12 años, mientras que los



niños con 2 o más factores de riesgo tenían un 50% de posibilidad de iniciar el consumo a esa misma edad.

Donohue y col. (1999) realizaron un estudio para investigar las habilidades para rechazar una sustancia en una población de adolescentes con diagnóstico de problemas de conducta y abuso de drogas. Dentro de este estudio se examinaron a 44 adolescentes encontrándose que las habilidades para rehusar alcohol están positivamente relacionadas a las percepciones del adolescente de sentirse parte de un grupo y de que le pongan atención, y el hecho de rechazar drogas ilícitas estaba positivamente relacionado a ser competente socialmente y a su desempeño escolar.

Corbin y cols (1993) examinaron el impacto de dos estrategias de tratamiento en un grupo de niños de 3er grado de primaria. El primer tratamiento consistía en un entrenamiento de habilidades para rechazar la droga que contenía: información acerca de las drogas, habilidades asertivas, habilidades en la toma de decisiones y estrategias específicas para rechazar la droga. El segundo contenía lo mismo a excepción de las estrategias específicas para rechazar la droga. Los resultados indicaron que los niños que entraron en el grupo que contenía las habilidades específicas para rechazar la droga mostraron mejores resultados en cuanto a habilidades conductuales, toma de decisiones y habilidades para rechazar la droga, que el grupo que no integraba estas las habilidades específicas, sin embargo el segundo grupo tuvo mejores resultados en cuanto a conocimientos generales de las drogas.



Goldberg y cols (1993) realizaron una investigación acerca de la relación de la asertividad y el uso de alcohol en 3,129 adolescentes hispanos en el cual se utilizaron 18 reactivos de una versión modificada del inventario de asertividad del Gambrell y Richey para medir esta variable. Como factores dentro del inventario se tomaron: 1) advertencias acerca de la sustancia, 2) dominio de las habilidades cognitivas, 3) derechos individuales, 4) realizar o rechazar citas, y 5) habilidades sociales. Los resultados mostraron que las advertencias sobre el uso de alcohol estaban asociadas negativamente con su uso, mientras que el realizar citas, las habilidades sociales y los derechos individuales estaban positivamente relacionados con el consumo de alcohol. También encontraron que el hecho de tener amistades que consuman alcohol es un factor significativo que predice el uso o abuso del alcohol.

En una investigación realizada por Scheier y cols (1997) comentan que la influencia social es un fuerte predictor para el inicio en el consumo de alcohol y casi siempre los problemas posteriores pueden estar relacionados con déficits en sus relaciones interpersonales. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la influencia de los factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol y su continuo uso. De acuerdo a los resultados el riesgo de la exposición crónica a la influencia social predice el incremento en el consumo de alcohol, mientras que el mejorar sus funciones psicológicas disminuye esta probabilidad.



Los autores afirman que estos resultados sugieren la necesidad de implementar en las estrategias de prevención el reforzamiento del desarrollo de habilidades adecuadas, realzar las capacidades personales y las funciones psicológicas como barreras muy efectivas contra el inicio e incremento del consumo de alcohol.

Botvin, Griffin, Díaz, Miller, y Illif-Williams. (1999) evaluaron la efectividad de un programa cognitivo conductual, en un año de seguimiento para la prevención del abuso de sustancias en el cual se reforzó el aprendizaje de las habilidades sociales de oposición o resistencia, en una población adolescente, con el objetivo específico de remarcar la intervención en lo que se refiere a la aptitud social y personal en general. Los resultados indican que este tipo de estrategias de prevención cuando son implementadas por compañeros de la misma edad y son complementadas con sesiones adicionales con asistentes pueden reducir el uso del alcohol, tabaco y marihuana.

Hollonds (1980) realizó una evaluación de un programa de terapia conductual como un tratamiento para el miedo al síndrome de abstinencia de personas adictas a la heroína. Se compararon un programa de metadona para el síndrome de abstinencia con un programa de terapia conductual en términos de su efectividad para prevenir las recaídas después del tratamiento con metadona. El programa conductual incorporaba desensibilización sistemática para decrementar los niveles del miedo al síndrome de abstinencia tanto físico como al medio social en adición a un entrenamiento asertivo para incrementar



las habilidades sociales. Veintitrés pacientes voluntarios fueron colocados en cuatro grupos: el primero solo recibió el tratamiento con metadona, el segundo solo recibió la terapia conductual, el tercero recibió una combinación de ambos tratamientos y el cuarto grupo, como control, no recibió ningún tipo de tratamiento. El análisis reveló diferencias significativas entre los cuatro grupos en las 8 semanas de duración de los programas, ambos en mejoramiento de las habilidades sociales y en decremento de los niveles de miedo. En cada una de las mediciones de los pacientes el tratamiento conductual actuó significativamente mejor que aquellos que recibían la metadona. Las recaídas se previnieron en el grupo que solo utilizó terapia conductual, decrecieron en aquellos que recibieron ambas terapias y no hubo diferencias significativas entre el grupo control que no recibió ningún tratamiento y aquellos que solo tomaron metadona ya que no se logró prevenir las recaídas.

Se encontraron algunas asociaciones entre el miedo al síndrome de abstinencia, el miedo a la evaluación negativa, la angustia y evitación social, falta de asertividad interpersonal y los índices de recaída, estos resultados ofrecieron un indicativo de los posibles factores que subyacen a la reincidencia.

A este respecto se ha observado que los factores sociales, los acontecimientos vitales y los estilos de afrontamiento son predictores significativos de la evolución y tiene una notable influencia en las recaídas y en la recuperación del consumo de drogas (Billings y Moos, 1982).



Chancey (1978) en base a dos trabajos de investigación sobre el tratamiento del consumo de drogas encontraron que las recaídas pueden evitarse acometiendo directamente las relaciones familiares y laborales o centrándose en el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces.

Marlatt y Gordon (1985) en una investigación realizada con individuos afectos de un amplio abanico de quejas de adicción y compulsión encontraron que las situaciones de alto riesgo para las recaídas eran, los estados emocionales negativos constituyendo en esa muestra el 35 por ciento de la causa de recaída; los conflictos interpersonales constituyendo el 16 por ciento de las recaídas; estas situaciones se referían, en general, a situaciones de conflicto actual o relativamente reciente, con la familia, amigos o en el trabajo y el 20 por ciento lo representaba la presión social que abarca tanto la presión directa como la indirecta en situaciones en las que se producía una persuasión verbal o en las que simplemente existía la impresión de que todo el mundo bebe o utiliza alguna droga.

En un estudio realizado por Hunt y Azrin (1973) intentaron cambiar el contexto social para prevenir las recaídas. Azrin y sus colaboradores terminaron tres estudios que, tomados simultáneamente, demuestran que la modificación de los factores vocacional, conyugal, social y recreativo tiene un importante efecto beneficioso sobre la conducta alcohólica. En los tres estudios se obtuvieron resultados positivos. A pesar de que sólo en uno de ellos se utilizó antabús, los resultados fueron tan satisfactorios que parece indudable la necesidad de que



uno de los objetivos del tratamiento de la prevención de recaídas sean las relaciones entre el individuo y su entorno social (Hodgson, 1999).

Es importante tomar en cuenta que los resultados de estas investigaciones aunque es muy valioso cuando se intenta comprender o tratar las conductas adictivas deben ser considerados solamente como preliminares debido a que, por un lado, la descripción y el análisis de las situaciones de recaída conlleva una serie de atribuciones e inferencias tanto por parte del adicto como del entrevistador. Por otro lado la definición de determinados acontecimientos como ambientales, personales o interpersonales suele proceder de una valoración subjetiva y que si en realidad se desea comprender las recaídas de una forma más completa se deben investigar aquellas situaciones de alto riesgo en las que por algún motivo, se opone resistencia a la situación. También es importante mencionar que algunas de las interacciones del individuo y su entorno tienen un efecto protector contra las recaídas y otras, en cambio, aumentan la probabilidad de padecerlas (Hodgson, 1999).

II.9 ASERTIVIDAD Y TABAQUISMO

Ha sido bien documentado el hecho de que fumar es nocivo para la salud y que dejarlo trae muchos beneficios tanto en términos de morbilidad como de mortalidad. Muchos estudios indican que fumar es una conducta muy bien establecida que perdura a través del tiempo y probablemente es una de las



farmacodependencias más persistentes (Chassin, Presson, Rose y Sherman, 1996).

El estudio de la relación entre el consumo de tabaco y la asertividad o habilidades sociales ha sido estudiada en diferentes aspectos; sin embargo no ha quedado totalmente establecida la relación entre ambas. Fleming y cols. (2002) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre la situación familiar de niños que cursan el nivel primaria con el inicio de fumar en la adolescencia. Se analizaron una muestra de 810 niños en un estudio longitudinal en el cual la medición se llevó a cabo cuando los niños cursaban el segundo y tercer año de primaria y el inicio de fumar fue medido cuando los niños cursaban el sexto de primaria. Los resultados mostraron que el hecho de que uno de los padres fumara, el nivel de escolaridad, la conducta antisocial del niño y la depresión fueron fuertes predictores del consumo de tabaco en la adolescencia.

Ping-Hsin, Rskin y Pandina (2001) realizaron una investigación acerca de los posibles predictores de dejar de fumar de la adolescencia a la juventud, en la cual mencionan basados en otros estudios sobre el tema que la influencia del aprendizaje social también se ha visto relacionado con el dejar de fumar. Ya que aquellos individuos que tienen parientes y amigos que fuman, tienen menos probabilidades de dejarlo. Igualmente comentan que las creencias negativas sobre el tabaquismo y sus valores relativos de un estilo de vida saludable también predicen el dejarlo. El interés principal del aprendizaje social en el que se centró este estudio incluye diferentes asociaciones entre padres, amigos y



parejas; las definiciones o creencias acerca del tabaco, algunas características personales que pudieran beneficiar el consumo de nicotina como la depresión y enfrentar las situaciones de la vida con el cigarro y el consumir otro tipo de sustancias.

Los resultados mostraron que aquellos sujetos que dejaron de fumar en el proceso de la investigación comparados con los que seguían consumiendo, se casaron en mayor porcentaje con personas que no fumaban y decrementaron en el número de amigos que fumaban. Incluso los individuos que dejaron de fumar fueron más proclives a casarse y fue en realidad el hacerlo con una persona que no fumaba que el mismo rol de esposos el que predijo el abandono del tabaco. La adopción de nuevos roles como convertirse en empleados, ser padres y graduarse no estuvo significativamente relacionado con el dejar de fumar. De acuerdo a los datos obtenidos los autores comentan que parece que las redes sociales son más importantes que los roles sociales para determinar la conducta de fumar.

Botvin y cols (1999) realizaron una investigación para evaluar las capacidades generales (toma de decisiones y autoeficacia) que podrían estar ligados con la conducta de rechazar la presión de consumir tabaco de forma asertiva en una población de adolescentes que viven en la ciudad. Por el hecho de la proximidad para conseguir el tabaco y la publicidad que se le da a su consumo los adolescentes necesitan una mayor habilidad para rechazarlo de manera asertiva. Si los adolescentes tiene la habilidad para resistir la presión social de fumar de la familia, amigos y el medio, tal vez pueda ser menos



probable que lo hagan. Los resultados de esta investigación mostraron que aquellos adolescentes en quienes su capacidad de toma de decisiones era deficiente, también lo era su habilidad de rechazar la droga y más proclives a caer ante la influencia social de fumar. Tal vez estos adolescentes no saben como afrontar adecuadamente las posibles consecuencias de la presión de sus compañeros por fumar y el hecho de poder ser asertivo acerca de no fumar sin ofender a sus amigos. En contraste los adolescentes con adecuadas capacidades en cuanto a la toma de decisión fueron más proclives a ponderar las consecuencias de caer en la presión social y darse cuenta que ellos podían responder apropiadamente utilizando sus habilidades asertivas.

Los autores comentan que los programas de prevención del consumo de tabaco que se enfocan en el entrenamiento de las habilidades para rechazar el tabaco tienen una probada efectividad, esta aproximación puede mejorarse integrando el entrenamiento de algunas otras habilidades sociales. En especial los autores se refieren a aquellas habilidades que mejoren la autoeficacia y fomenten la toma de decisiones y la resolución de problemas ya que estos factores aparecen como garantía de su eficacia

Siddiqui, Flay y Hu (1996) realizaron un estudio en el cual se presentaron los predictores más significativos de deserción en un estudio de prevención del tabaquismo, encontrando que aquellos que desertaron tienden a tener menores niveles de escolaridad, menor conocimiento acerca del tabaquismo y sus daños a la salud y menores habilidades para resistir la influencia y la presión social; así mismo son más proclives a ser fumadores de tabaco y marihuana.



En una investigación realizada por Comeau, Stewart y Loba (2001) mencionan que el presentar un rasgo de ansiedad predice el consumo de tabaco y alcohol. Este rasgo de ansiedad los autores lo definen como la tendencia general a experimentar síntomas de ansiedad debido a una gran variedad de situaciones estresantes. Tate, Pomeleau y Pomeleau (1994), encontraron una correlación positiva entre los niveles de ansiedad y los motivos de fumar. Incluso también encontraron que la ansiedad esta relacionada al mantenimiento en el consumo de tabaco.

En esta investigación realizada por Comeau (2001) se investigó la relación del rasgo de ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad y la sensación de reto con los motivos de los adolescentes para usar alcohol, tabaco y marihuana.

El rasgo de ansiedad se define como ya se mencionó anteriormente a la tendencia general a experimentar síntomas de ansiedad debido a una gran variedad de situaciones estresantes.

La sensibilidad a la ansiedad lo definen como un miedo específico relacionado a las sensaciones corporales de la ansiedad debido a creencias de que tal sensación puede predecir o llevarlos a un resultado catastrófico como una enfermedad física, una vergüenza pública o perder el control mental.

La sensación de reto es una factor de la personalidad que se refiere al deseo de intensidad y nuevas experiencias.



La sensibilidad a la ansiedad también se ha visto relacionada al consumo de alcohol y tabaco, ya que la sensibilidad a la ansiedad modera la relación entre los rasgos de ansiedad y el uso del alcohol o tabaco como forma de afrontamiento ante diversas situaciones (Stewart,K 1997).

Dentro de los resultados de la investigación de Comeau encontró que en el caso del consumo de tabaco existe una relación entre la capacidad de afrontamiento a diversas situaciones de los adolescentes, ya que esto se presenta como el motivo principal y la conducta de fumar al igual aquellos motivos de origen social, aunque estos últimos en menor medida. En este estudio se reafirmó la relación existente entre el consumo de tabaco y el rasgo de ansiedad, sin embargo la sensibilidad a la ansiedad no fue un predictor significativo.

Los autores comentan que las propiedades ansiolíticas de la nicotina pueden explicar la relación entre el rasgo de ansiedad y el consumo de tabaco.

Específicamente, el incremento del uso de cigarros por razones de una falta de habilidad para afrontar diversas situaciones de la vida sugiere que aquellos adolescentes que experimentan regularmente un humor ansioso, son más proclives a fumar cigarrillos por sus propiedades ansiolíticas. Los fumadores que experimentan más estrés subjetivo pueden obtener un gran alivio de los estados emocionales negativos fumando cigarrillos. Lo cual puede representar una mala adaptación que generará mayores problemas.



MÉTODO

IV.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios previos hacen referencia a que existen muchos factores que predisponen al individuo a la dependencia a la nicotina, como la existencia de ciertas características que hacen al individuo vulnerable y son estas mismas las que refuerzan el uso crónico de este fármaco. Estos fuertes reforzadores de la dependencia al tabaco incluyen la regulación del estado de ánimo y el aumento de las funciones cognitivas. Los factores psicológicos relacionados con esta predisposición tal vez tengan un mayor efecto determinando quien empieza, continua y abandona el habito de fumar (OPS, 1997)

Una vez que la persona decide dejar de fumar se encuentra ante varios obstáculos que muchas veces no sabe como enfrentar. El primero de ellos es la adicción física dada la tolerancia y dependencia que produce la nicotina. Y por otro lado tenemos los múltiples factores psicológicos que se presentan, ya que fumar, debido a los factores de aprendizaje, se ve íntimamente ligado a pensamientos, sentimientos, relaciones sociales y en general a cada actividad que realiza el individuo diariamente.

Actualmente existen diversos métodos para dejar de fumar tanto a nivel físico, para la dependencia (parches, chicles, etc) como a nivel psicológico (terapia cognitivo-conductual) sin embargo considero importante el seguir estudiando los diversos factores que influyen en el mantenimiento de esta conducta para



ofrecer cada vez un mayor número de herramientas para todas aquellas personas que desean dejar de fumar

Se han realizado diversos estudios acerca de la efectividad de un entrenamiento en habilidades sociales sobre el consumo de drogas encontrándose que estos individuos se caracterizan por serios déficits en habilidades interpersonales debido a: modelos inadecuados de una forma apropiada de conducta social en etapas tempranas, altos niveles de ansiedad social, stress social y privación ambiental.

La mayoría de las investigaciones acerca de la asertividad se han enfocado al área de prevención y se observa en los estudios realizados (Corbin, 1993; Pena, 1991, López, 2000) que hay una gran influencia de estos entrenamientos en asertividad sobre el inicio al consumo de drogas.

Se ha marcado en diversos estudios (Tobler y Straton, 1997; Suelves, 1998) donde se evalúan tratamientos para abandonar la droga, el hecho de que desarrollar estas habilidades puede funcionar como una herramienta para que el paciente tenga los medios necesarios para abandonarla y aún más importante no volver a recaer.

Frente a este panorama se puede notar que la falta de asertividad se ha tomado en cuenta como factor que acompañan a la conducta de consumir algún fármaco, que en este caso sería la nicotina, y ha llamado la atención de diferentes investigadores en diversos países. Debido a los estudios previos y al haber observado que una de las dificultades que encuentra el fumador cuando desea dejar de fumar, es cómo enfrentarse al medio que lo rodea sin el cigarro y encontrar una nueva forma de comunicación, este estudio quiere referirse a



la medición de los niveles de asertividad en una población fumadora que inicia un tratamiento para dejar de fumar para que a partir de los resultados aquí obtenidos conozcamos un poco más de las características de la población que nos ayude a instrumentar nuevas herramientas en los tratamientos ya establecidos que faciliten aún más el proceso de dejar de fumar y su mantenimiento.

IV.2 OBJETIVOS

- **GENERAL**

Determinar cuales son los niveles de asertividad de los pacientes fumadores que acuden a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México (H.G.M.)

- **ESPECÍFICOS**

Medir los niveles de asertividad de los pacientes fumadores que acuden a la clínica contra el tabaquismo del H.G.M.

Determinar si existen diferencias en los niveles de asertividad de los pacientes que completan el tratamiento y los pacientes que no.

IV.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los niveles de asertividad de los pacientes fumadores que acuden a la Clínica Contra el Tabaquismo del H.G.M.?



¿Existen diferencias entre los niveles de asertividad entre aquellos pacientes consumidores de tabaco que completan el tratamiento y aquellos que no?

IV.4 HIPÓTESIS

H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.5 en los niveles de probabilidad de actuar asertivamente de los pacientes que completan el tratamiento de aquellos que no lo completan.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.5 en los niveles de probabilidad de actuar asertivamente de los pacientes que completan el tratamiento de aquellos que no lo completan.

IV.5 VARIABLES DE ESTUDIO

- Variable Independiente: Pacientes fumadores

Pacientes que completaron el tratamiento

Pacientes que no completaron el tratamiento

- Variable Dependiente: Probabilidad de actuar asertivamente

A1= Alta probabilidad de actuar asertivamente

A2= Baja probabilidad de actuar asertivamente

- Definición de Variables

Conceptual

- Variable Independiente

Fumadores: Toda aquella persona que aspira y despidе el humo de tabaco



- Variable Dependiente

Asertividad: Se define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros. Las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (la ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha. Las respuestas asertivas son: rechazar peticiones, responder a las críticas, aceptar cumplidos, iniciar y mantener conversaciones, halagar a otros, terminar interacciones desagradables, pedir un cambio en la conducta de otros, expresar desacuerdo, resistir interrupciones y pedir disculpas (Guerra, 1996).

Operacional

- Variable Independiente:

Fumadores: Todos aquellos pacientes que acudan a tratamiento a la Clínica Contra el Tabaquismo del H.G.M. y que cubran los criterios de inclusión, que se describen más adelante.

- Variable Dependiente:

Asertividad: Puntuaciones de la escala de Asertividad de Gambрил y Richey de las cuales se obtienen 4 diagnósticos: Asertivo, Inasertivo, Actor Ansioso e Indiferente.

Clasificandose:

A1= Asertivos y Actores ansiosos como Alta probabilidad de actuar asertivamente



A2= Indiferentes e Inasertivos como Baja probabilidad de actuar asertivamente

IV.6 DISEÑO MUESTRAL

Grupo de estudio: Estará conformado por hombres y mujeres mayores de 18 años y no mayores de 60 años, que consuman tabaco en una muestra de 130 pacientes.

Unidad de análisis y límites de la población: Pacientes que consumen tabaco y desean dejar de fumar que acuden a la clínica contra el tabaquismo del Hospital General de México

Selección y tamaño de la muestra: La muestra se conformó de manera no probabilística, ya que participaron todos aquellos pacientes que acudieron a la clínica contra el tabaquismo del Hospital General de México hasta llegar a la cantidad 130, dividiéndolos en pacientes que si completaron el tratamiento y los que no completaron el tratamiento. En el periodo comprendido de marzo a septiembre del año 2002 y bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 años y menores de 60 años que consuman tabaco y acudan a la clínica contra el tabaquismo del Hospital General, que deseen dejar de fumar
- Pacientes que sepan leer y escribir
- Acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas



- Pacientes que se encuentren incapacitados para contestar los instrumentos de investigación.
- Todos aquellos pacientes con diagnóstico médico compatible con una incapacidad física y /o mental.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o que estén en tratamiento medicamentoso.

Criterios de eliminación:

- Casos en los cuales no sea posible por cualquier motivo concluir las valoraciones necesarias para los objetivos de esta investigación.
- Casos en los cuales la contestación de los instrumentos sea errónea o inconclusa

IV. 7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, por que no habrá manipulación de las variables, sólo se observarán, registrarán y describirán los fenómenos tal y como se presentan en la realidad.

Diseño descriptivo, ya que se tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

IV.8 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Los instrumentos que se utilizarán en el presente trabajo para la recolección de los datos serán:



- Entrevista Clínica
- Escala de Asertividad de Gambrill y Richey

Entrevista Clínica

La entrevista clínica constara de los siguientes datos:

1. Fecha
2. Nombre
3. Dirección
4. Teléfono
5. Ocupación
6. Estado Civil
7. Nivel de escolaridad
8. A que edad comenzó fumar
9. Qué lo motivo a fumar
10. Cuantos cigarros fuma actualmente
11. Marca
12. Intentos de abandono
13. Recaídas
14. Motivo de las recaídas
15. Uso de tratamiento de reemplazo de nicotina
16. Problemas para dormir
17. Problemas para comer
18. Si ha asistido a algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico



19. Realización de algún ejercicio físico.

Escala de Asertividad Gambrill y Richey

El inventario de Asertividad de Gambrill y Richey es una escala de auto reporte. La versión original, en inglés, fue publicada en 1975. Consta de dos subescalas, Grado de Incomodidad, GI y Probabilidad de Respuesta PR que incluyen 40 reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, dichas situaciones se engloban en ocho categorías:

- Rechazar peticiones
- Admitir limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales
- Expresar sentimientos positivos
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos
- Discrepar de las opiniones de otros
- Afrontar la crítica de los demás
- Expresar sentimientos negativos.

Las autoras elaboraron los reactivos a partir de reportes de estudiantes y pacientes así como de una amplia revisión de la literatura para determinar cuales eran las situaciones que con mayor frecuencia se asocian con la falta de asertividad.



Los reactivos son contestados en dos ocasiones de manera independiente. Las instrucciones indican a quien contesta señalar en la columna izquierda, en una escala de 1(nada) a 5 (demasiado), el grado de incomodidad o malestar subjetivo que experimentaría en las situaciones descritas. Se le pide después señalar en la columna derecha, en una escala de 1(siempre) a 5 (nunca), la probabilidad de que lleve a cabo la conducta descrita. Al sumar las respuestas dadas en cada columna, se obtienen dos puntajes, uno para la subescala Grado de incomodidad (GI) y otro para la subescala. Probabilidad de Respuesta (PR).

El grado de incomodidad dentro del Inventario de Gambrell y Richey considera el factor emocional, lo cual se complementa con la medición de la probabilidad de respuesta como un factor conductual, ofreciendo mayores datos para la intervención.

Los resultados del inventario de Asertividad de Gambrell y Richey se obtienen mediante la sumatoria, por separado, de cada una de las subescala anteriormente mencionadas (Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta). Los puntajes brutos se clasifican de acuerdo a una tabla normativa que indica los niveles de GI y PR; igualmente los puntajes se toman por separado y con base en la combinación de estos niveles se elabora un diagnóstico final.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas configuran, según las autoras, cuatro grupos posibles:



Asertivos (bajo GI y alta PR). Son personas que experimentan un bajo nivel de incomodidad y su probabilidad de responder asertivamente es alta cuando tienen que enfrenar situaciones de interacción social

Indiferentes (bajo GI y baja PR). Son personas que experimentar un grado de incomodidad muy bajo, pero su probabilidad de responder en forma asertiva es muy poca

Actores ansiosos (alto GI y alta PR). Son personas que presentan una alta probabilidad responder asertivamente, pero que al mismo tiempo experimentan altos niveles de incomodidad

Inasertivos (alto GI y baja PR). Son personas que manifiestan altos niveles de incomodidad y su probabilidad de responder asertivamente es muy baja

Debe señalarse que las autoras tomaron como punto de corte la media para llamar a los puntajes altos o bajos. Los puntajes de la subescala PR fueron llamados altos cuando eran inferiores a la media, debido a que en la escala de respuesta 1 es igual a siempre y 5 a nunca.

Gambrill y Richey aplicaron el inventario a tres muestras de estudiantes y un grupo de mujeres que participaban en un programa de entrenamiento asertivo. En este estudio el inventario obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala de GI y de 0.81 para la de PR. Respecto al grupo terapéutico, los datos apoyaron la validez del inventario.

En el año de 1997, Guerra realizó la estandarización de éste inventario para la población de la Ciudad de México en la cual obtuvo los siguientes resultados, por un lado observó que éste posee una estructura interna homogénea y



consistente. Sin embargo aunque se conservaron los diagnósticos de las autoras se observó que mucha población quedaba fuera de esta clasificación por lo que se agregaron 2 más y estos son:

Promedio: Son personas que experimentan un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es promedio (GI PROMEDIO Y PR PROMEDIO)

Otras Combinaciones: Son personas que experimentan un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es alta (GI PROMEDIO, PR ALTA), personas que manifiestan un grado de incomodidad promedio pero su probabilidad de respuesta es baja (GI PROMEDIO, PR BAJA), personas que presentan una probabilidad de respuesta promedio y un grado de incomodidad bajo (PR PROMEDIO, GI BAJA), así como personas que experimentan una probabilidad de respuesta promedio y su grado de incomodidad es alto (PR PROMEDIO, GI ALTA).

Ma. Teresa Guerra obtuvo nuevas tablas normativas en las que las subescalas quedaron divididas de la siguiente manera en GI Bajo, Promedio y Alto, al igual que PR Bajo, Promedio y Alto

En el caso de Grado de incomodidad para su análisis se dividió en:

Grado de Incomodidad Bajo abarcando las puntuaciones de 40 - 41 (GI MUY BAJO) y 42-64 (GI INFERIOR AL PROMEDIO).

Grado de Incomodidad Promedio abarcando puntuaciones de 88 - 110 (GI Promedio).



Grado de Incomodidad Alto abarcando las puntuaciones de 111 – 133 (GI SUPERIOR AL PROMEDIO), 134 – 156 (GI ALTO) y 157 – 167 en adelante (GI MUY ALTO).

Probabilidad de respuesta Alta abarcando las puntuaciones de 40 – 50 (PR MUY ALTA), 51 – 71 (PR ALTA), 72 – 92 (PR SUPERIOR AL PROMEDIO).

Probabilidad de respuesta Promedio abarcando las puntuaciones de 93 – 113 (PR PROMEDIO).

Probabilidad de respuesta Baja abarcando las puntuaciones 114 - 134 (PR INFERIOR AL PROMEDIO), 135 – 155 (PR BAJA) Y 156 – 165 en adelante (PR MUY BAJA).

Igualmente de la estandarización que realizó Ma. Teresa Guerra se obtuvieron 9 factores, los cuales están relacionados con las categorías originales de Gambrell y Richey (1975). Estos factores presentan contenidos similares, pero no idénticos, pues no se conforman por los mismos reactivos.

Los factores se relacionan con las categorías originales de la siguiente manera el factor 1 dentro de la subescala GI corresponde a admitir limitaciones personales y expresar sentimientos positivos, el factor dos se relaciona con afrontar la crítica de los demás y discrepar de las opiniones de otros. El factor tres, se considero asociado a la categoría realizar conductas asertivas en lugares públicos y el factor cinco a expresar sentimientos positivos. El factor seis se relaciona con rechazar peticiones y el factor ocho con iniciar contactos



sociales. Los factores cuatro, siete y nueve no corresponden directamente con ninguna categoría.

A continuación se muestran los 9 factores obtenido por Guerra para la subescala GI, los reactivos que los componen y las medias que presenta cada reactivo con el objetivo de conocer cuales son los que presentan mayor grado de incomodidad.

Guerra obtuvo 9 factores para la subescala PR, de los cuales ocho fueron los mismos que se encontraron en la subescala GI. Solamente el factor relacionado con iniciar contactos sociales no apareció y surgió uno distinto, el factor dos Manifestar molestia, enfado o desacuerdo.

Los factores obtenidos igual que en la subescala GI, están relacionados con las categorías originales de Gambrell y Richey (1975). El factor uno corresponde a la categoría expresar sentimientos positivos, el factor dos se relaciona con expresar sentimientos negativos y discrepar de las opiniones de otros. El factor tres está asociado a la categoría admitir limitaciones personales y el factor cinco a discrepar de las opiniones de otros y afrontar la crítica de los demás. El factor seis se relaciona con rechazar peticiones y el factor ocho con realizar conductas asertivas en lugares públicos. Los factores cuatro, siete y nueve nuevamente, no corresponden ninguna categoría.

Cuestionario de Dependencia a la Nicotina Fargeström

El fargeström se utiliza para evaluar cual es el nive de dependecina que tiene el sujeto a la nicotina. Fue diseñado en 1978 y desde entonces ha sido utilizado en numerosos estudios y situaciones clínica. Para mejorar su validez, se modificó en 1991 ampliando las categorías de respuestas en dos de las preguntas



iniciales y eliminando dos ítems, de esta manera presentó un mayor grado de consistencia interna. Actualmente el cuestionario consta de ocho, las dos primeras presentan tres opciones de respuesta con un valor de cero, uno ó dos; las seis restantes presentan 2 opciones de respuestas con un valor de cero ó uno. (Fioja, 1995 y PAPPS, 1999). Al sumar los puntajes de 6 en adelante indica dependencia a la nicotina.

Cuestionario de Motivos de Fumar de Rusell

Éste cuestionario sirve para evaluar el motivo por el cual la persona fuma. Consta de 18 oraciones dirigidas a la identificación del motivo de fumar, a un costado de cada una de las oraciones aparecen tres columnas de respuesta, con un valor determinado: Frecuentemente, tres puntos; Ocasionalmente dos puntos; Nunca 0 puntos. Una vez contestado se coloca el valor de cada respuesta en la plantilla de calificación y de ahí se obtiene la puntuación para cada uno de los 6 motivos identificados y designados por Rusell que son:

- Estimulo: Fuma como una forma de estimularse
- Manipulación: Su motivo es el ritual que se realiza alrededor de fumar un cigarro
- Relajación: Su motivo es obtener placer en periodos de descanso
- Reducción de tensión: su motivo es tranquilizarse o sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión
- Necesidad: fuma por que ya existe una dependencia física y con esto evita el síndrome de abstinencia.
- Hábito: fuma sin ser conciente de ello.



Una puntuación de 6 a 9 indica que es un motivo muy importante, una de 3 a 5 no es muy importante y una de 0 a 2 no es importante. Esta prueba no ha sido estandarizada en población mexicana; sin embargo es empleada en casi todas las Clínica Contra el Tabaquismo y en algunos protocolos de investigación (Fajardo, 1995).

Equipo y Material

- Formato de la entrevista clínica
- Folleto de la escala de asertividad
- Lápices del no. 2
- Equipo de cómputo
- Impresora Láser
- Material de escritorio

Escenario de Investigación

La valoración de los sujetos se llevó a cabo en el consultorio de la clínica contra el tabaquismo cuya dimensión es de 3 por 4 metros. El mobiliario que se encuentra en el mismo es el siguiente: 3 sillas, un escritorio, 2 archiveros, y 1 lavamanos

IV.9 PROCEDIMIENTO

- Se presentó el proyecto de investigación a las autoridades correspondientes del H.G.M. y de la clínica contra el tabaquismo solicitando el permiso para la realización del mismo.



- Se conformó la muestra con los pacientes que acudieron a la clínica y manifestaron el deseo de dejar de fumar en el periodo comprendido de enero a junio. Un total de 130 pacientes.
- A cada paciente que se integró se le solicitó su consentimiento para participar en la investigación de forma voluntaria.
- Se llevó a cabo la entrevista y se le aplicaron las escalas a cada uno de los sujetos participantes conforme fueron ingresando al estudio.
- A cada uno de los pacientes se les explicó brevemente la contestación de las pruebas y en todo momento se tuvo supervisión y ayuda para las dudas que surgieron a lo largo de la aplicación.
- Se les asignó fecha de inicio del grupo de tratamiento
- Se calificaron las pruebas psicológicas de cada uno de los sujetos y se obtuvieron las puntuaciones y la estadística correspondiente.
- Se procedió a la captura y análisis de la información por medios computarizados comparando entre los grupos y se realizó la interpretación clínica y estadística de los resultados.

IV.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para llevar a cabo esta investigación se analizaron los datos recabados de los 130 pacientes, utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0 para ordenador con Windows, En primer lugar se llevó a cabo la descripción de los datos a través de la distribución de frecuencias y sus graficaciones con la obtención de las frecuencias absolutas y relativas; así como también se calcularon las medidas de tendencia central moda, media y mediana. Una vez obtenidas las



características principales de la población se procedió a hacer la comparación entre ambos grupos por medio de la prueba Chi cuadrada.

IV.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- No se obligó o condicionó la participación de los sujetos en el estudio
- En ningún momento se atentó contra la integridad física ni psicológica de los sujetos
- Los participantes no recibieron ningún tratamiento aversivo ya que el estudio sólo evaluó su estado actual por medio de instrumentos psicológicos.
- En ningún momento los participantes que lo requirieron dejaron de estar bajo supervisión médica.

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En cuanto a edad se obtuvo la siguiente distribución:



GRÁFICA 1

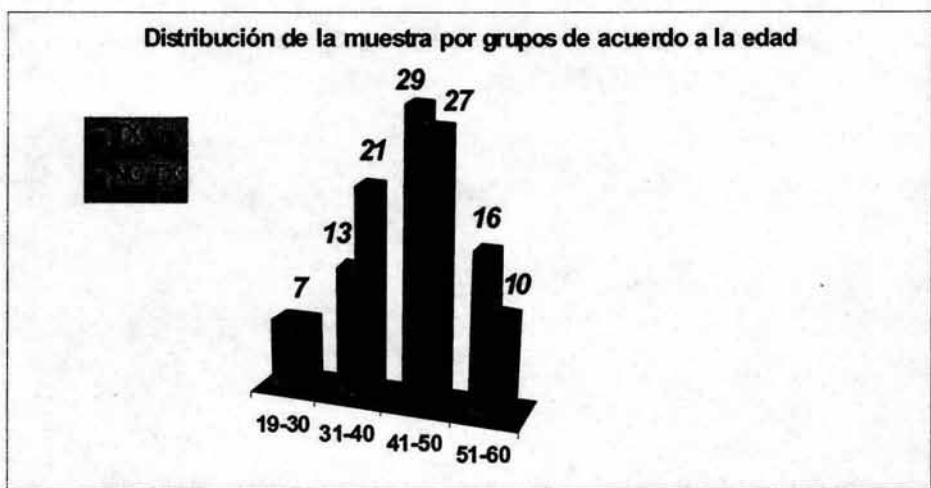
Como observamos en la gráfica anterior la frecuencia en el rango de edad de 19 a 30 fue de 14, en el rango de 30 a 40 fue de 34, en el rango de 40 a 50 de 56 y en el rango de 50 a 60 de 26.

Las personas de más de 40 años de edad son las que más solicitaron el tratamiento, notándose que hay un predominio en la asistencia de pacientes entre los 40 y 50 años de edad.

Comparando el grupo que completo el tratamiento con el que no se observó que en el rango de 19 a 30 años ambos grupos presentan la misma frecuencia de 7 personas; en el rango de edad de 31 a 40 años hay mayor cantidad de personas en el grupo que no completo el tratamiento con una frecuencia de 21



que aquellas que si lo completaron con una frecuencia de 13; en el rango de edad de 41 a 50 años el grupo con mayor frecuencia fue el que si completaron el tratamiento con 29 personas y el grupo que no lo completo tuvo 27 y en el último rango de 51 a 60 el grupo que si completo el tratamiento tuvo una frecuencia de 16 , siendo mayor que el grupo que no completo el tratamiento



con 10.

GRÁFICA 2

El 56.15% de la población es de sexo femenino y el 43.84% masculino.

Comparando ambos grupos se notó que en el grupo que completo el tratamiento acudieron 34 hombres y 31 mujeres, sin embargo en el grupo que no lo completo predominaron las mujeres siendo estas 43 y 22 hombres.

En la gráfica 3 de distribución de la muestra por estado civil se puede notar que el 50% de la población general que acude a tratamiento para dejar de fumar es

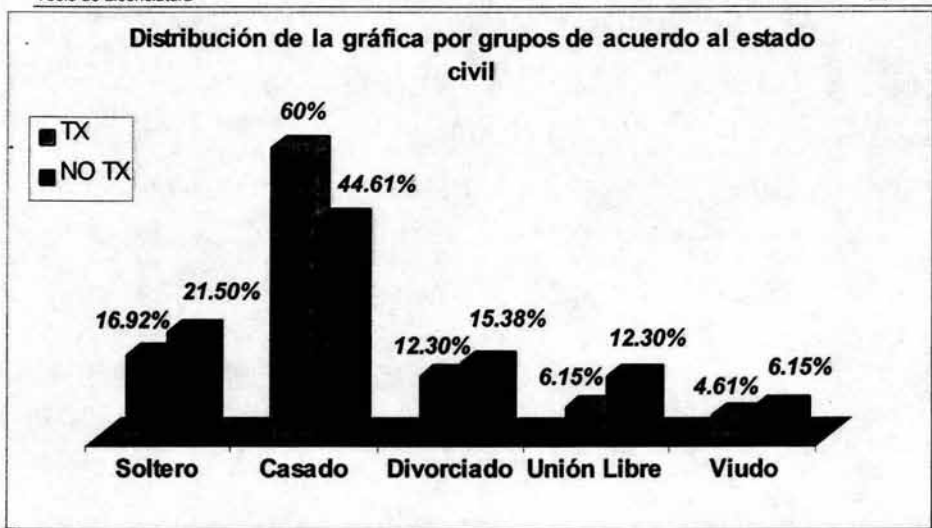


casada, el 20% son solteros, el 5.38% son viudos, el 13.84% divorciados y el 10% viven Unión libre.



GRÁFICA 3

Haciendo la comparación entre grupos del estado civil se observó que ambos grupos tuvieron el porcentaje más alto en el grupo de casados siendo 60% de la población que si completo el tratamiento y un 44.61% de la población que no completo el tratamiento. El 16.92% de la población que completo el tratamiento fue soltera y en el grupo que no lo completo fue del 21.50%. El 12.30% de la población que completo el tratamiento fue divorciada, al igual que el 15.38% del grupo que no lo completo. En unión libre se presentó el 6.15% de la población que completo el tratamiento y el 12.30% de los que no lo completaron y por último fueron viudos el 6.41% de la población que completo el tratamiento y el 6.15% de los que no lo completaron.



GRÁFICA 4

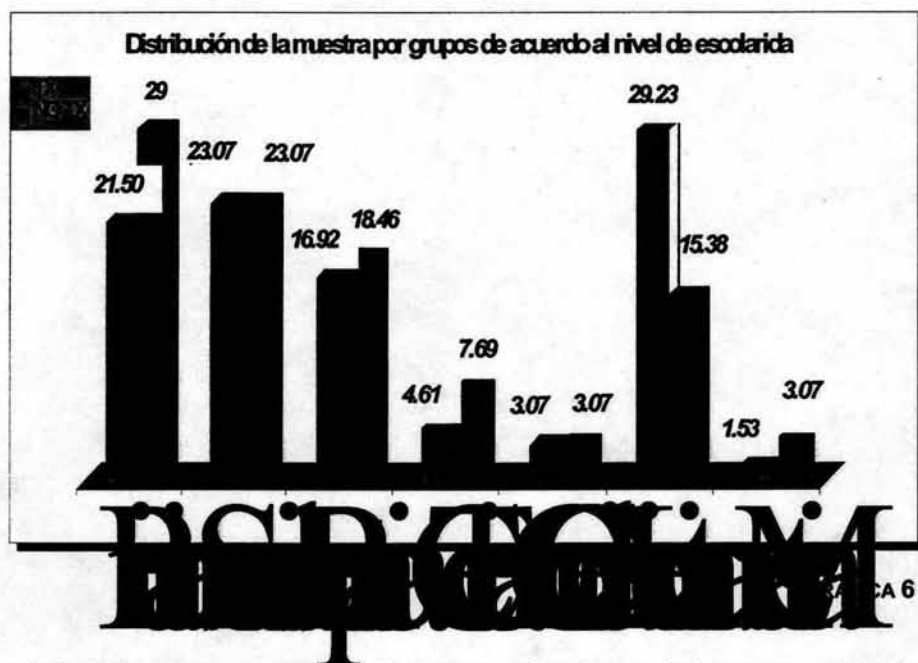
En cuanto al nivel de escolaridad, los porcentajes más altos son de 25.30% correspondiente al nivel de primaria, le sigue el nivel secundaria con 23.07%, después el nivel licenciatura con 22.30%, el siguiente es el nivel preparatoria con 17.09%, el nivel de carrera técnica con 6.15%, carrera comercial con 3.07% y por último el nivel maestría con 2.30%. A continuación se presenta la distribución de la muestra en la gráfica 5.



GRÁFICA 5



En la gráfica 8 se muestra la distribución en cuanto los niveles de escolaridad que presentaron ambos grupos. El puntaje más alto del grupo que completo el tratamiento fue de 29% a nivel licenciatura, mientras que el porcentaje más alto en el grupo que no lo completo fue de 29% también pero a nivel primaria. Ambos grupos presentaron el mismo porcentaje en el nivel secundaria de 23.07%; a nivel preparatoria el grupo que completo el tratamiento obtuvo un porcentaje de 16.92% mientras que en el grupo que no lo completo fue de 18.46%; a nivel de carrera técnica, el grupo que completo el tratamiento tuvo un 4.61%, mientras que el otro grupo tuvo 7.69%.



A nivel de carrera comercial ambos grupos obtuvieron el mismo porcentaje de 3.07% y por último a nivel maestría el grupo que completo el tratamiento tuvo un porcentaje de 1.53% y el grupo que no lo completo tuvo un porcentaje de 3.07%



En la gráfica 7 se muestra la distribución de la muestra por ocupación y se puede observar que el mayor porcentaje es de 37.70% y lo ocupan los empleados, seguidos por las mujeres dedicadas al hogar con un 30.80%, los comerciantes con un 19.20%, los desempleados con un 7.70%, y por último los estudiantes y jubilados con un 2.30%.

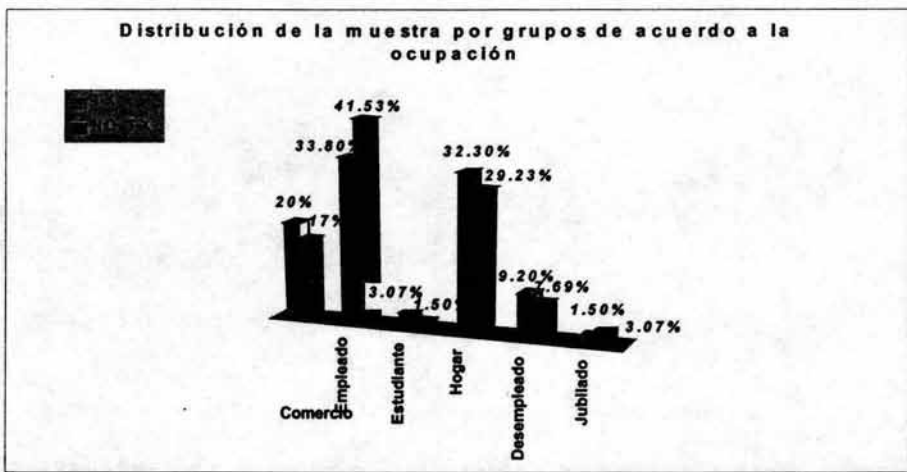


GRÁFICA 7

En la gráfica 8 se observa que ambos grupos tiene altos porcentajes de empleados con 33.80% para el grupo que completo el tratamiento y 41.53% para el grupo que no lo completo. El 32.30% del grupo que completo el tratamiento se dedica al hogar mientras que el grupo que no completo el tratamiento presenta un 29.33% en ésta categoría. En la categoría de Comercio el grupo que completo el tratamiento presentó un porcentaje de 20, mientras que el grupo que no completo el tratamiento fue de 17%. En cuanto a desempleados hubo un mayor porcentaje de ellos en el grupo que completo el



tratamiento con 9.20% mientras que el grupo que no lo completo tuvo un 7.69%. Los más bajos porcentajes fueron el de estudiantes con 3.07% en el grupo que completo el tratamiento y 1.50% los que no lo completaron. Y en el caso de los Jubilados los porcentajes fueron de 1.50% en el grupo que completo el tratamiento y de 3.07% en el grupo que no lo completo.



GRÁFICA 8

Los datos sociodemográficos anteriores mencionan una descripción general de la muestra que acude a tratamiento para dejar de fumar; sin embargo, a continuación se ofrece el análisis de las características que presentan los pacientes fumadores en cuanto al consumo de tabaco, donde se analizaron los datos correspondientes al nivel de dependencia a la nicotina y los motivos por los que fuman.

En cuanto a niveles de dependencia a la nicotina, medidos por el Cuestionario de Fargeström se presentaron los siguientes resultados:



GRÁFICA 9

De acuerdo al Fargeström la dependencia a la nicotina se determina si el sujeto obtiene seis puntos o más en el cuestionario. Si observamos en la gráfica 5 y se realiza la sumatoria de los porcentajes del número 6 en adelante nos daremos cuenta que el 57.63% de la población manifiesta de acuerdo al Fargeström, dependencia a la nicotina.

Al realizar la comparación entre grupos se obtuvo la siguiente gráfica



GRÁFICA 10



Podemos observar en la gráfica anterior que si se realiza la sumatoria de los porcentajes obtenidos por ambos grupos del número seis en adelante obtenemos que 56.89 % de la población que completo el tratamiento presenta dependencia a la nicotina; mientras que en el grupo que no lo completo el 58.42% presenta dependencia a la nicotina.



GRÁFICA 11

En los resultados obtenidos en la prueba de motivos de fumar de Russell, los tres motivos con porcentajes más altos fueron: el reducir la tensión y necesidad con 33.80% cada uno y relajamiento con el 23.80%. Los motivos de estimulo, habito y manipulación presentaron porcentajes muy bajos de 4.60%, 1.50% y 2.30% respectivamente.

En cuanto a la diferencia entre los grupos se observaron las siguientes diferencias



GRÁFICA 12

En el grupo que completo el tratamiento el porcentaje más alto lo representa el motivo de necesidad con un 35.80% seguido de la reducción de tensión con 30.76% y relajamiento con 26.15. Los porcentajes más bajos fueron estimulo con 3.07% al igual que la manipulación y por último el motivo de habito con 1.53%.

El grupo que no completó el tratamiento el porcentaje más alto fue el de reducción de tensión con 36.92%, necesidad con 32.30%, relajamiento con 21.53% y de igual manera los más bajos fueron el motivo de estímulo con 6.15% y manipulación y estimulo con 1.53%.

El análisis de las subescalas se llevó a cabo a partir de las normas establecidas por Guerra, obteniendo en la variable evaluada de Probabilidad de Respuesta Asertiva (PR), el 36.20% de la muestra obtuvo una probabilidad de respuesta alta, el 35.40% obtuvo una probabilidad de respuesta baja y el 28.50% obtuvo una probabilidad de respuesta promedio.



GRÁFICA 13

La gráfica 13 muestra que los porcentajes que representan la población con baja probabilidad de respuesta y los que presenta alta probabilidad de respuesta son muy similares representando a 46 y 47 personas respectivamente.

A continuación se muestra un análisis de la población por grupos; debido a la inquietud de conocer si existen diferencias entre aquellos pacientes que completaron el tratamiento y aquellos que no lo completaron, se realizó una comparación entre ellos, iniciando con una descripción de cada grupo.

En la siguiente tabla podemos observar que en cuanto a la subescala de probabilidad de respuesta en el grupo que completo el tratamiento el 41.5% presenta una probabilidad de respuesta alta, mientras que el 33.8% presenta una probabilidad de respuesta baja y el 24.6% una probabilidad de respuesta promedio. El grupo que no completó el tratamiento presento un porcentaje de



36.9% con probabilidad de respuesta baja, un 32.3% con probabilidad de respuesta promedio y el 30.8% de la población presento una probabilidad de respuesta alta

Tabla 1. Probabilidad de Respuesta por grupos

	Probabilidad de respuesta	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Completaron el Tratamiento	Alta	27	41.5%
	Promedio	16	24.6%
	Baja	22	33.8%
	Total	65	100.0%
No Completaron el Tratamiento	Alta	20	30.8%
	Promedio	21	32.3%
	Baja	24	36.9%
	Total	65	100.0%

El análisis con la prueba de Chi Cuadrada fue el siguiente:

	VALOR	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA DE X
Chi Cuadrada	1.80	2	0.406

Por lo que se observa en la tabla anterior el nivel de significancia es de 0.406 por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.



Para fines de intervención clínica a continuación se muestran los los diagnósticos en cada uno de los grupos, así como también los resultados obtenidos en la subescala grado de incomodidad.



GRÁFICA 14

Se puede observar en la gráfica 13 que el mayor porcentaje lo representa el Grado de Incomodidad Promedio con un porcentaje del 38.50%; recordando que esta primera subescala de Grado de Incomodidad (GI), se refiere al malestar subjetivo que una persona puede experimentar al tener que enfrentarse a alguna de las situaciones descritas en el inventario.

A continuación se muestran las características de cada grupo en la subescala Grado de Incomodidad.



Tabla 2 . Grado de Incomodidad por Grupos

	<i>GRADO DE INCOMODIDAD</i>	<i>FRECUENCIAS</i>	<i>PORCENTAJES</i>
Completaron el tratamiento	Bajo	17	26.2%
	Promedio	29	44.6%
	Alto	19	29.2%
	Total	65	100.0%

	<i>GRADO DE INCOMODIDAD</i>	<i>FRECUENCIAS</i>	<i>PORCENTAJES</i>
No completaron el tratamiento	Bajo	19	29.2%
	Promedio	21	32.3%
	Alto	25	38.5%
	Total	65	100.0%

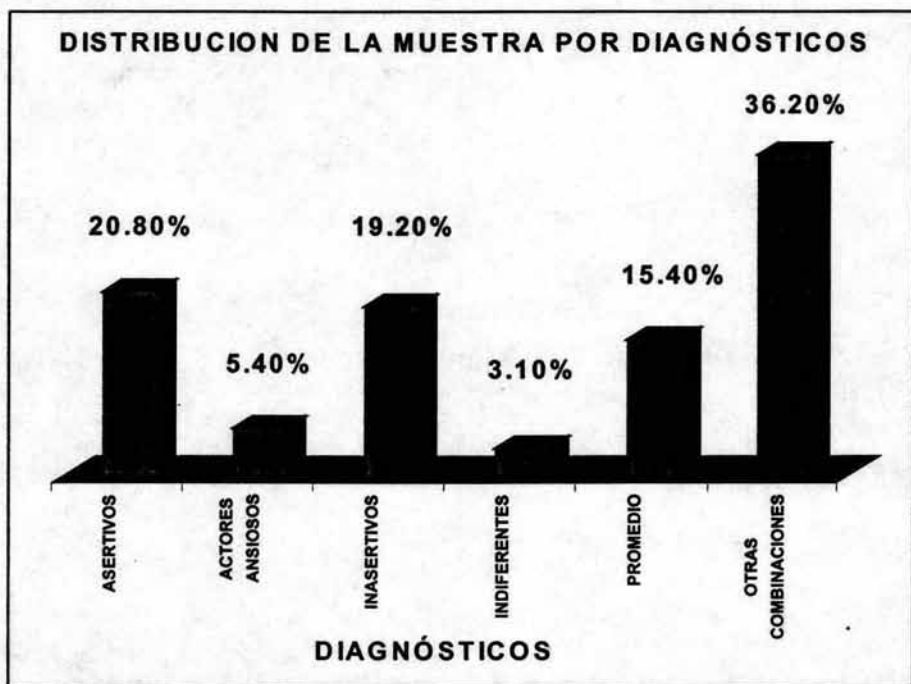
La tabla anterior muestra que el 38.50% de la población que no completo el tratamiento presenta un grado de incomodidad alto, el 32.3% presenta un grado de incomodidad promedio y el 29.2% un grado de incomodidad bajo. Mientras que en el grupo que completó el tratamiento el 44.6% presenta un grado de incomodidad promedio, el 29.2% un grado de incomodidad alto y el 26.2% un grado de incomodidad baja.

Los porcentajes de la población en cuanto a los niveles de asertividad que presenta la gráfica 15 son:

El porcentaje más alto es de 36.20% y representa a otras combinaciones (GI ALTO PR PROMEIDO, GI BAJO PR PROMEDIO, PR BAJO GI PROMEDIO,



PR ALTO GI PROMEDIO), el 20.80% de la muestra es asertiva (GI BAJO PR ALTO), 19.20% son inasertivos (GI ALTO PR BAJO), el 15.40% tuvieron niveles promedio (GI PROMEDIO PR PROMEDIO), el 5.40% son actores ansiosos (GI ALTA, PR ALTA) y el 3.10% son Indiferentes (GI BAJO PR BAJO).



GRÁFICA 15

A continuación se presentan las diferentes categorías que se pueden encontrar en la clasificación *otras combinaciones*, sus frecuencias y porcentajes dentro de la muestra.



Tabla 3. Otras combinaciones

OTRAS POSIBLES COMBINACIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
GI Alta / Pr Promedio	9	6.94%
GI Baja / Pr Promedio	7	5.39%
PR Alta / GI Promedio	15	11.55%
PR Baja / GI Promedio	16	12.32%

Tomando en cuenta que los reactivos del inventario en la subescala de Grado de Incomodidad son contestados en una escala del 1 al 5 tomando 1 = Nada de incomodidad, 2 = Un poco de incomodidad, 3 = regular de incomodidad 4 = Mucha incomodidad y 5 = Demasiada incomodidad se tomaron como reactivos con mayor grado de incomodidad aquellos que presentaron las medias más altas correspondiendo a aquellas de 2.75 para arriba. Obteniéndose que los factores con más alto grado de incomodidad fueron: el factor 2 *Conductas de confrontación y defensa de opiniones* y el factor 7 *Resistir la presión de otros*, aunque este último contiene pocos reactivos todos ellos presentaron una media alta.

En la subescala de Probabilidad de Respuesta los reactivos son contestados en una escala del 1 al 5 correspondiendo 1 = Siempre lo haría, 2= Usualmente lo haría, 3 = Lo haría la mitad de las veces, 4 = Rara vez lo haría y 5 = Nunca lo haría; se tomaron las medias más bajas correspondiendo a aquellas de 2.2 para abajo como indicativos de baja probabilidad de respuesta obteniéndose que los factores con menor probabilidad de respuesta fueron: *Manifestar*



molestia, enfado o desacuerdo, Reconocer limitaciones personales y Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas.*

Los datos anteriormente presentados nos dan un panorama de las características que presenta la muestra en general en cuanto a niveles de asertividad y las áreas en las que presentan ciertas deficiencias.

Tabla 4. Diagnósticos por grupo

	DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Completaron el tratamiento	Indiferentes	2	3.1%
	Asertivos	14	21.5%
	Promedio	12	18.5%
	Inasertivos	12	18.5%
	Actores Ansiosos	4	6.2%
	Otros	21	32.3%
	Total	65	100.0%
No completaron el tratamiento	Indiferentes	2	3.1%
	Asertivos	13	20.0%
	Promedio	8	12.3%
	Inasertivos	13	20.0%
	Actores Ansiosos	3	4.6%
	Otros	26	40.0%
	Total	65	100.0%

* Los reactivos de los nueve factores de cada escala con sus medias se presentan en el anexo 2.



En la tabla anterior, en ambos casos, los porcentajes más altos corresponden a *Otras combinaciones* presentándose en el caso del grupo que completó el tratamiento 32.3% y en el caso del grupo que no lo completó el porcentaje fue de 40%. En el resto de los diagnósticos el grupo que completo el tratamiento el 3.1% se diagnosticó como indiferente, el 6.2% como actor ansioso, el 18.5% como inasertivo y promedio y el 21.5% como asertivo. En el grupo que no completo el tratamiento el 3.1% fue indiferente, el 4.6% actor ansioso, el 12.3% como promedio, 20.0% como inasertivo y asertivo.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En base al hecho de que el tabaco ha tenido un papel importante en el establecimiento y sancionamiento de las relaciones sociales desde hace muchos años (Dogana, 1980), y a que se ha observado en diversas investigaciones la influencia que ejerce el medio social en el inicio, mantenimiento y cesación del consumo de tabaco, el presente estudio tuvo como objetivo conocer cuales son los niveles de asertividad en pacientes que acuden a un tratamiento para dejar de fumar y así mismo, saber si existían diferencias entre los niveles de asertividad de los pacientes que completan el tratamiento y los que no lo completan. De esta forma los resultados otorgaron información que ayudará a proporcionar herramientas más específicas, en cuanto a asertividad se refiere, para estos pacientes.

Para todos aquellos que trabajamos con esta población nos damos cuenta de la dificultad que implica para todas estas personas el dejar a un lado una conducta que regularmente han emitido desde la adolescencia y ha estado con ellos a lo largo de su vida; así como el estar rodeados de personas que continúan fumando y mantenerse en su objetivo de dejar de fumar.

Estudios anteriores hacen referencia a que aquellos pacientes que no completan un tratamiento terapéutico se caracterizan por ser más jóvenes, no ser casados, ser desempleados y tener menor nivel de educación que aquellos que si lo completan (Vendetti, 2002; Daly, 2000; Gilbert, 1994). Así como también otros autores mencionan que en cuanto a tratamientos enfocados al tabaquismo algunas otras de las diferencias son tener menos conocimiento



acerca del tabaquismo, de los daños a la salud y menos habilidades para resistir la presión social (Sidiqqi y cols, 1996). Esto se confirma en algunos resultados obtenidos:

- En cuanto a la edad fue mayor el número de pacientes mayores de 40 años en el grupo que si completo el tratamiento de aquellos que no lo hicieron.
- En cuanto a Estado Civil ambos grupos su mayor porcentaje fueron los casados; sin embargo en el grupo que si completó el tratamiento fue de un 60% mientras que en el grupo que no lo completó fue de 44.61%; superando, éste grupo, el porcentaje en el resto de las categorías (soltero, divorciado, unión libre y viudo).
- En los niveles de escolaridad el mayor porcentaje del grupo que si completó el tratamiento fue a nivel licenciatura, mientras que el mayor porcentaje del grupo que no completó el tratamiento fue a nivel primaria.
- Por ocupación el mayor porcentaje lo obtuvo la categoría de empleados en ambos grupos, siendo más alto en el grupo que no completó el tratamiento. Variando esta característica de ocupación de los resultados obtenidos en otros estudios ya que se presentó un mayor porcentaje de desempleados en el grupo que si completó el tratamiento.
- Las diferencias en el consumo de nicotina fueron:
El 56.89 % de la población que si completó el tratamiento presenta dependencia a la nicotina; mientras que en el grupo que no completó el tratamiento el 58.42% presenta dependencia a la nicotina.



En ambos grupos los motivos de fumar con más altos porcentajes fueron: necesidad, reducción de tensión y relajamiento; sin embargo la necesidad fue el motivo con más alto porcentaje en el grupo que si completó el tratamiento mientras que en el grupo que no completó el tratamiento el motivo con más alto porcentaje fue el de reducción de tensión.

En la investigación realizada por Siddiqui y cols (1996) encontraron que aquellos pacientes que desertaron en un programa de prevención del tabaquismo, tenían menores habilidades de resistencia e influencia social y aunque en este estudio no se presentaron diferencias estadísticas se han analizado los datos para enriquecer el trabajo a nivel clínico ya que estos grupos si presentaron diferencias.

Los resultados obtenidos reafirmaron lo observado por María Teresa Guerra (1996) en la estandarización del inventario de Asertividad Gambrill y Richey en cuanto a que gran parte de la distribución que presentó la muestra en cuanto a sus diagnósticos de asertividad cayó dentro del rango promedio y otras combinaciones, siendo estas últimas las que presentan el mayor porcentaje (36.20%). El hecho de que el instrumento utilizado mida tanto un área emocional, evaluando el grado de incomodidad que presenta, como de un área conductual en la evaluación de la probabilidad de la respuesta asertiva nos da la oportunidad de planear programas de entrenamiento de acuerdo a las



características específicas que presente cada población y así aunque estos dos diagnósticos no hubieran sido contemplados por las autoras del inventario arrojan a su vez datos valiosos para la planeación de una futura intervención.

A este respecto también se observó que únicamente el 20.80 % de la población se diagnóstico como asertiva y el restante 72.2% de la población es candidata a tomar un entrenamiento asertivo. Lo cual concuerda con lo evaluado por otras investigaciones de asertividad en la población mexicana. Flores, Diaz y Rivera (1987) mencionan que la asertividad no es una forma de confrontación usual en los mexicanos; al igual que en la tesis realizada por Egozcue (1997) donde encontró que la asertividad no era un rasgo muy usual en los estudiantes de Ciudad Universitaria. Este rasgo también se puede ver afectado por el hecho de que el mayor porcentaje de la población tiene un bajo nivel de escolaridad lo cual concordaría con lo descubierto en la investigación de Flores, Diaz y Rivera (1987) acerca de la conceptualización de asertividad, donde encontraron que ha mayor grado de escolaridad, mayor número de conceptos tenían para esta palabra.

Diaz-Guerrero en su libro psicología del mexicano menciona que el mexicano tiene un estilo de confrontación modificadora a los desafíos y problemas de la vida, es decir, que los mexicanos prefieren cambiarse a sí mismos y se adaptan al medio en lugar de tratar de modificarlo, siendo entonces la abnegación un estilo de confrontación pasiva que se utiliza cotidianamente para resolver problemas. Dentro de la población utilizada en esta investigación se observó



que los factores en los que presentaban mayor grado de incomodidad fueron el factor dos, que se refiere a conductas de confrontación y defensa de opiniones y el factor siete que se refiere a resistir la presión de otros. Mientras que en la escala de Probabilidad de Respuesta los factores con menor probabilidad de respuesta fueron el factor dos, manifestar molestia, enfado o desacuerdo; el factor tres, reconocer limitaciones personales y el factor 8, defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas.

Se ve reflejado lo mencionado por Diaz-Guerrero debido a que manifestar algún desacuerdo o defender los propios derechos implicaría la no modificación de si mismos, sino la expresión de los propios deseos u opiniones.

De esta forma se observa como entre ambas escalas existe cierta relación. El hecho de presentar un alto grado de incomodidad en una situación en la que percibimos la presión de otros para realizar alguna conducta llevaría a una baja probabilidad de respuesta en cuanto a la defensa de su derecho de no realizarla si así lo desea. Así mismo el presentar un alto grado de incomodidad en situaciones de confrontación y defensa de opiniones implicaría una baja probabilidad de respuesta en cuanto a manifestar molestia, enfado o desacuerdo.

Así se reafirma también en la investigación realizada por Comeau que uno de los principales motivos para fumar es el afrontamiento de diversas situaciones estresantes en donde no tener las herramientas necesarias para afrontar esas situaciones puede conducir a la persona a afrontarlas con el cigarro lo cual puede causar a la larga problemas más graves.



Los diagnósticos en si no presentan grandes diferencias aunque si existen, como por ejemplo, existe un mayor porcentaje de inasertivos entre aquellos que no completaron el tratamiento que en el grupo que si lo completó, a la inversa existe mayor porcentaje de asertivos en el grupo de quienes completaron el tratamiento que entre aquellos que no lo hicieron. El diagnóstico indiferente presentó el mismo número de casos en ambos grupos y en actores ansiosos fue mayor el porcentaje en aquellos que completaron el tratamiento que en aquellos que no lo completaron. Hay un mayor porcentaje de promedios en los que completaron el tratamiento que en aquellos que no y aunque en ambos grupos las otras combinaciones representan al mayor porcentaje de la población, se observa un mayor porcentaje de estos en el grupo que no completaron el tratamiento.

Estos datos ofrecen un importante campo de acción al respecto de las necesidades de aquellos pacientes que acuden a tratamiento para dejar de fumar, ya que concuerda con diversas inquietudes expresadas por los mismos pacientes durante los tratamientos en cuanto a cómo van a enfrentar a su medio social sin el cigarro, cómo continuar conviviendo con personas que fuman sin que esto afecte su decisión de abandonarlo ni las relaciones establecidas. Una propuesta de entrenamiento asertivo, basado en los resultados de esta investigación se muestra en el anexo 2



El siguiente paso dentro de este ramo sería la aplicación de un entrenamiento asertivo basado en las características arrojadas por los resultados de esta investigación para la elaboración de éste entrenamiento y la medición de su impacto en la cesación y mantenimiento de la cesación del tabaquismo.

El hecho de que no se hayan presentado diferencias entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que no pudo ser debido a:

- Todos son fumadores y como se mencionó, en otras investigaciones se ha hecho patente el hecho de que esta población ya presenta en sí déficit en habilidades sociales (Chancey, 1989; O'Leary, 1976; Webb, 1995).
- Si se hubiera logrado obtener una población mucho más amplia tal vez se hubieran observado diferencias.

Por lo tanto se puede concluir que los pacientes que consumen tabaco son en su mayoría inasertivos y no existen diferencias estadísticamente significativas en la asertividad de los pacientes que completan un tratamiento para dejar de fumar de aquellos que no lo completan.

A nivel clínico se observó que la población en general presenta un déficit en habilidades sociales de oposición, lo cual indica un camino para la realización de un entrenamiento asertivo para esta población.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar K., (1987) *Asertividad: sé tu mismo sin sentirte culpable*. México: Edit. Pax
2. Aragonés R. (1981) *Tabaquismo*. Tesina de Licenciatura. México Facultad de Psicología UNAM.
3. Argyle, M y Knedon, A. (1967) *The experimental análisis of social performance, Advances in Experimental Social Psychology*, 3, pp. 55-98.
4. Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1974) *Your perfect right a guide to assertive behavior*. Californai, San Luis Obispo. Impact.
5. Ayuda Química. (2000). Recuperado de la pagina web. www.ayudarquimicos.htm
6. ,Carobles B., Costa Del Ser.(1979) *La práctica de la terapia de la conducta. Teoría y métodos de la aplicación para la practica clínica*, Madrid: Pablo del Río, Editor.
7. Beckman LJ, Bardsley PE. (1986) *Individual characteristics, gender differences and dropout form alcoholism treatment*. Alcohol Alcohol. 21(2):213-24.
8. Beck A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Nueva York:International Universities Press.
9. Becoña E, Palomares A, García M. (1998) *Tabaco y Salud, guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Ediciones Pirámide



10. Belsasso G. (2001) El tabaquismo en México. CONADIC Informa 2001
11. Blanco A. (1983) *Evaluación de las habilidades sociales*. En Fernández R. y Carroble J. *Evaluación conductual y metodológica y aplicaciones*, pp. 567-606.
12. Borjas I. (2002) *El efecto de un tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar sobre variables fisiológicas y subjetivas*. Tesis de Licenciatura, UNAM
13. Botvin G., Griffin K., Díaz T., Miller N., y Ifill-Williams M., (1999) *Smoking initiation and escalation in early adolescent girls: One year follow up of a school based prevention intervention for minority youth*. Journal of the American Medical Women's Association, 54, 139-142.
14. Caballo, V.E. (1986) *Evaluación de las habilidades sociales*, en R. Fernández Ballesteros y J.A. I. Carroble (comps), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (3ª ed) Madrid, Pirámide.
15. Caballo, V.E. (1991) *El entrenamiento en habilidades sociales*. En Caballo, V.E. (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. (pp.403-443). Madrid: Siglo Veintiuno, 1995.
16. Carmody T. Loew D, Hall R, Breckenrige J (1988) *Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies whit chronically ill smokers. Special Issue: Pharmacological adjuncts an nutricional supplements in the treatment of drug dependence*. Journal of Psychoactive Drugs. Vol 20 (3)
17. Carrasco, Clemente M. (1989) Análisis del Inventario de Asertividad Garmbrill y Richey. *Estudios de Psicología* 37,63-74.



18. Carrillo P. (2002). El mexicano en su mundo. Recuperado de la página web www.uaq.mx/psicología/lamisión/p.sociales4.html
19. Casas M., Gossop B. (199) Tratamiento Psicológico en drogodependencias: Recaídas y Prevención de recaídas.
20. Chen PH, White HR, Pandina RJ. (2001) Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addictive Behavior*, 2001, 26 (4): 517-529.
21. Castanyer, o. (1996). *La Asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée De Bouwer, 1997.
22. Cicero S (1999) Seminario permanente: Medio ambiente y salud, Efectos del tabaquismo en el aparato respiratorio, en www.facmed.unam.mx/pública/gaceta/gacetaabril10-99/TABACO.htm
23. Cicero S, González R., Ramírez C., (1995) en información básica sobre el Tabaquismo. México: Secretaría de Salud.
24. Comeau N., Stewart S., Loba P. (2002) The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 2002, 26; 803-825.



25. Corbin SK, Jones RT, Schulman RS. (1993) *Drug refusal behavior: the relative efficacy of skills-based and information-based treatment*. Journal of Pediatric Psychology, Dec;18(6):769-84.

26. Covey Stephen R. (1995) Los siete hábitos de las personas altamente efectivas. Paidós México

27. Concha C., Rodríguez G. (2002) Asertividad en estudiantes de Ciudad Universitaria: Un enfoque epidemiológico. México. Tesis de Licenciatura. UNAM

28. Curran, J.P. (1985) Social skills therapy: A model and a treatment, en R.M. Turner y L.M. Ascher (comps), Evaluating behavior therapy outcome, Nueva York, Springer.

29. Daly JE, Pesowski S. (2000) Predictor of dropout among men who batter: a review of studies with implications for research and practice. Violence Victims. Summer;15(2):137-60.

30. Deener G. (1999) Ayudar a la cesación. Actas de encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG; Mayo, pp15-16

31. Díaz Guerrero R. (1982) Psicología del mexicano. México: Trillas.



32. DiClemente, C., Prochaska J., y Gilbertini M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
33. Dogana, F. (1980) *Psicopatología del consumo cotidiano*. Barcelona. Gedisa.
34. Donohue B, Vann Hasselt VB, Hersen M, Perrin S. (1999) Substance refusal skills in a population of adolescents diagnosed with conduct disorder and substance abuse. *Addictive Behavior*, 1999,24 (1) :37-46.
35. Egozcue R. M. (1997) *Asertividad y el genero en jóvenes estudiantes de Ciudad Universitaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
36. Ellis Maclneme, Di Guissepe. (1998) *Rational Emotive Therapy with alcoholics and substance abuse*.
37. Ellis, A (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*, Nueva York, Lyle Stuart.
38. Epstein JA, Griffin KW, Botvin GJ.(2000) *Competence skills help deter smoking among inner city adolescents*. *Tobacco Control*, 2000; Mar 9(1): 33-9



39. Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaría de Salud, 2002; Dirección General de Epidemiología. México D.F. S.S.A
40. Encuesta mundial sobre juventud y tabaco () recuperado de la página web www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS
41. Espino G. (1998) Tabaquismo y Contaminación ¿Es usted fumador de segunda mano? LiberAddictus, 1998; 20
42. Fajardo P.Y. (1995) Tabaquismo y Personalidad. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología UNAM.
43. Fleming C., Kim H., Harachi T., Catalano R. Family Proceses for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. J. Adolescence Health 2002 Mar; 30(3):184-189.
44. Flores G. M. (1989) Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de Maestría. UNAM
45. Flores M, Diaz-Loving R., Rivera S. (1998) MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. Revista Mexicana de Psicología, 4(1) 29-36.
46. Galassi J., De Lo J., Galassi M., Bastien S. (1974) The College Self Expresión Scale: A Measure of Assertiveness. Behavior Therapy, 5; 165-171



47. Gambrill E., Richey C. An assertion Inventory for Use in Assessment and Research. Behavior Therapy, 1975, 6; 550-561.
48. Gilbert M, Fines S, Haley G. (1994). Factors associated with dropout from group psychotherapy with depressed adolescents. Can. J. Psychiatry. 1994 Aug;39(6):358-9.
49. González J (1998) Dejar de fumar: método de autoayuda para dejar de fumar.
50. González, R. E., Ramírez C E., Cicero S R., y Gutierrez, H. (2001) Papel del Médico General en el Abandono del Hábito de Fumar: Manual Operativo. UNAM. México.
51. Goldberg, C.J. y Botvin, G.J. (1993). Assertiveness in hispanic adolescents: relationship to alcohol use an abuse. Psychological Reports, 73, 227-238.
52. Guerra M. (1996) Estandarización del Inventario de Asertividad Gambrill y Richey para la población de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura,
53. Hodgson J. (1999) Exposición a estímulos y prevención de recaídas.
54. Jakubowski, P. y Lange, S. (1978) The Assertive Option Your Rigtns Responsibilities. Research Press Company.



55. Jakubowski P. y Lange, S. (1976) *Responsible Assertive Bbehavioral*. Research Press. Illinois.
56. Lazarus, A. (1973) On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
57. Linehan, M. (1984) Interpersonal effectiveness in assertive situations, en E.A. Bleechman (comp.), *Behavior modification with women*, Nueva York, Guilford Press.
58. Loor, M. Y More, W. (1980). Four dimensions of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 15,127-138.
59. Martinez G.(1995) *La motivación al logro como resultado de un tratamiento para dejar de fumar*. Tesis de Posgrado. Facultad de Psicología UNAM.
60. Marlatt G., Curry S., y Gordon J., (1988) A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 715-720.
61. McFall R., Lillesand D. (1971) Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971,77 (3); 313-323.



62. Navarro RM. (2002) Asertividad y teoria de decisiones: El rol del orientador escolar. en www.nalejandria.com/00/colab/asertividad.htm
63. Organización Mundial de la Salud (2003) recuperado de la página web www.who.int/features/2003/08/en
64. O'Leary, D., O'Leary M., y Donovan D., (1976) Social Skill adquisitivo and psychosocial development of alcoholics: A review. Addictive Behaviors, 1, 111-120.
65. Organización Panamericana de la Salud. (1997) Tabaquismo una amenaza constante para la salud.
66. PAPPSS (1999). Grupos de expertos del PAPPSS., Tabaquismo. Recuperado de la página web 02/08/00. www.papps.org/prevencion/estilodevida/p95-htm.
67. Perancho I. (1996) Eficacia de los métodos para dejar de fumar. <http://montefirrecentral.com>
68. Ping-Hsin C., Raskin H., Pandina R. (2001) Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. Addictive Behavior, 26; 517-529.
69. Puente Silva F (1986) Tabaquismo, Bol of Sanit Panam 1986



70. Puente S. F. (1984) Entrevista de Sinto E.R., Rev Liber Addictus No. 2.
www.addictus.com/puentesilva02.htm
71. Rathus S. (1973) A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior.
Behavior Therapy, 4, 388-406.
72. Rioja, C. J. (1995) Programa de intervención al tabaquismo. Recuperado
de la pagina web 02/10/95.
<http://www.riojainternet.com/CJR/Tabaco.htm>
73. Rosales N. J. Calero M.D. (1994) Tratamiento del Tabaquismo. México:
Intgeramericana. McGraw Hill.
74. Rubio M., Fabián S (1995) Información básica sobre el Tabaquismo.
S.S.A,
75. Russell M., Jarvis M, Sutherland G, (1987) Nicotine replacement in
smoking cessation: absorption of nicotine vapor from smoke-free
cigarettes. JAMA
76. Salazar E., Zamorano L, Lopez L., Estrada A., Lazcano E, Hernández M.
(2002) El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica
cardiaca. *Salud Pública México* 2002; 44 supl 1: s34-s43
77. Salter, A. (1949) *Conditioned Reflex Therapy: The direct approach to the
reconstruction of personality*, Nueva York, Creative Age Press.



78. Shiffman, AS. (1982) Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86
79. Shiffman, S. (1986) A cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 11, 295-307.
80. Siddiqui O, Flay BR, Hu FB (1996) Factors affecting attrition in a longitudinal smoking prevention study. *Prev. Med. Sep-Oct;25(5):554-60.*
81. Stewart S., Kushner M. (2001) Introduction to the Special Issue on Anxiety Sensitivity and Addictive Behaviors. *Addictive Behaviors*, 2001, 26; 775-785
82. Stewart S., Taylor S., y Baker J., (1997) Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 179-200.
83. Suelves J., Sanchez -Turet M., (2001) Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología Vol 17, 1; 15-22.*
84. Tate J., Pomerleau C., y Pomerleau O., (1994) Pharmacological and non-pharmacological smoking motives: a replication and extension. *Addiction*, 89, 321-330.



85. Tovar-Guzmán V., Barquera S., Lopez Antuñano F.(2002) Tendencias de mortalidad por cancer atribuibles al tabaco en México. Salud Pública de México. Vol. 44, Sup. 1, pp 20-28.
86. Tucker J, Donovan D, Marlatt G (1999) Changing Addictive Behavior.
87. Unzueta G. (2001) Estrategias para dejar de fumar: Análisis de efectos y componentes en la literatura especializada contemporánea. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, 2001
88. Valdes-Salgado R., Hernández M. Sepúlveda J.(2002) *El consumo de tabaco en la Región Americana, elementos para un programa de acción.* Salud Pública de México, 2002; 44(1).
89. Vendetti J, McRee B, Miller M, Crhistiansen K, Herrell J. (2002) Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction*. 2002 Dec;97 Suppl 1:125-34.
90. Villalba-Caloca J., Ramírez A., Sansores R. (2001) Costo de Atención Médica CONADIC Informa, 2001; 15-16
91. Van Hasselt v., Hersen M., y Milliones., J (1978) Social skills training for alcoholics and drug addicts: A review. *Addictive Behaviors*, 3. 221-233.
92. Wolpe, J (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford: Stanford University Press.
93. Wolpe J *The practice of Behavior Therapy*, Oxford, Pergamon.
94. Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966) *Behavior Therapy Techniques*, Nueva York, Pergamon Press.



95. Chaney, E.F. O'Leary, M. Marlatt, G. Skill training with alcoholics, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46:1092-1104; 1978

96. www.nicorette.com.mx

97. www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS



ANEXO 1



GRADO DE INCOMODIDAD

FACTOR 1. RECONOCER LIMITACIONES PERSONALES/HACER HALAGOS		
<i>REACTIVO</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI17 Solicitar reunión	2.354	334
GI04 Resistir la tentación de comprar oferta	2.485	323
GI15 Iniciar una conversación	2.485	323
GI19 Admitir confusión	2.438	317
GI17 Solicitar una reunión	2.346	305
GI21 Preguntar si usted ha ofendido	2.338	304
GI14 Pedir una crítica constructiva	2.262	294
GI20 Solicitar empleo	2.2	286
GI12 Hacer preguntas personales	2.069	269
GI16 Halagar a una persona	2.031	264
GI22 Decir que le cae bien alguien	1.854	241

FACTOR 2. CONDUCTAS DE CONFRONTACIÓN Y DEFENSA DE OPINIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI04 Resistir presión de alguien	2.485	323
GI24 Discutir sentimientos que le importan	2.316	286
GI21 Expresar opinión	2.316	286
GI33 Discutir con alguien acerca de su trabajo	2.305	287
GI32 Discutir sentimientos de una persona	2.305	287
GI08 Continuar una conversación en temas serios	2.281	289
GI06 Rendirse a un taller	2.275	288
GI25 Reclamar un servicio que a usted le ha parecido	2.231	287
GI13 Resistir ante una crítica negativa	2.231	287
GI12 Hacer preguntas personales	2.631	342
GI14 Pedir una crítica	2.262	294
GI26 Expresar una opinión contraria	2.194	283



FACTOR 3. DEFENSA DE DERECHOS EN SITUACIONES COMERCIALES E INTERACCIONES CON PERSONAS CERCANAS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI24 Discutir con alguien que lo irrita	2.946	380
GI40 Pedir que dejen de molestarlo	2.829	365
GI23 Reclamar un servicio por el cual ha esperado	2.767	357
GI18 Insistir en una cita no paga	2.754	353
GI13 Cortar una plática	2.7	351
GI25 Devolver productos defectuosos	2.612	337
GI19 Admitir confusión	2.438	317
GI12 Hacer preguntas personales	2.069	269
GI16 Halagar a una persona	2.031	264
GI22 Decir que le cae bien alguien	1.854	241

FACTOR 4. HACER PETICIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI21 Solicitar un préstamo		
GI15 Pedir un favor a un amigo o familiar		
GI25 Devolver algo defectuoso	2.612	337
GI39 Expresar molestia a un compañero	2.597	335
GI11 No prestar dinero	2.577	335
GI19 Admitir confusión	2.485	323
GI20 Solicitar empleo	2.2	286

FACTOR 5. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI12 Hacer preguntas personales	2.631	342
GI26 Expresar una opinión contraria	2.194	283
GI37 Recibir halagos	2.116	273
GI30 Contar que le ha ido muy bien	2.093	270
GI29 Aceptar una cita	2.078	268
GI16 Halagar a una persona	2.031	264
GI22 Decir que le cae muy bien	1.854	241



FACTOR 6. RECHAZAR PETICIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI10 Aceptar que no sabe sobre algún tema	2.008	391
GI03 Pedir un favor	2.731	355
GI13 Cortar la plática	2.7	351
GI12 Hacer preguntas personales	2.631	342
GI11 No prestar dinero	2.577	335
GI01 Negarse a prestar su coche	2.523	328
GI04 Pedir una crítica	2.408	313

FACTOR 7. RESISTIR LA PRESIÓN DE OTROS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI24 Resistir a que alguien te diga cosas malas	2.712	355
GI21 Resistir a presiones de amigos para ir a fiestas	2.631	342
GI23 Decir que se va a correr a una mujer	2.631	342
GI22 Decir que se va a ir a la cama con alguien	2.631	342
GI27 Resistir a que alguien te saque de casa	2.631	342

FACTOR 8. INICIAR CONTACTOS SOCIALES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI17 Compartir misa y pedir felicitaciones	2.346	305
GI18 Pedir un favor	2.731	355
GI15 Iniciar una conversación	2.662	346
GI17 Solicitar una reunión	2.346	305

FACTOR 9. ENFRENTAR SITUACIONES MOLESTAS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
GI07 Admitir miedo pedir comprensión	2.954	384
GI20 Decir que se ha cometido injusticia	2.915	376
GI08 Decir que algo te molesta	2.754	358
GI13 Cortar una plática	2.7	351
GI01 No prestar su carro	2.523	328
GI6 Halagar a una persona.	2.362	307



PROBABILIDAD DE RESPUESTA

FACTOR 1. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR22 Decir que le cae muy bien	2.077	270
PR16 Halagar a una persona	2.162	281
PR02 Halagar a un amigo	2.431	316
PR30 Contar que le ha ido bien	2.488	321
PR17 Solicitar una reunión	2.592	337
PR37 Recibir halagos	2.605	336
PR26 Expresar una opinión contraria	2.628	339
PR29 Aceptar una cita	2.767	357
PR15 Iniciar una conversación	2.869	373
PR03 Pedir un favor a alguien	3.054	397
PR12 Hacer preguntas personales	3.392	441
PR33 Renunciar a su trabajo	3.45	445

FACTOR 2. MANIFESTAR MOLESTIA, ENFADO O DESACUERDO		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR14 Decir que no se tiene la razón	2.07	267
PR23 Solicitar una devolución	2.124	274
PR18 Pedir que lo dejen de molestar	2.132	275
PR19 Admitir confusión	2.169	282
PR10 Aceptar que no sabe	2.192	341
PR28 Decir que se ha cometido injusticia	2.496	322
PR37 Recibir halagos	2.605	336
PR08 Decir que algo le molesta	2.623	341
PR26 Expresar una opinión contraria	2.628	339
PR39 Expresar molestia a un compañero de trabajo	2.628	339

FACTOR 3. RECONOCER LIMITACIONES PERSONALES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR22 Decir que le cae bien a alguien	2.077	270
PR16 Halagar a una persona	2.162	281
PR19 Admitir confusión	2.169	282
PR10 Aceptar que no sabe	2.192	285



PR05 Pedir una disculpa	2.277	296
PR21 Preguntar si usted ha ofendido	2.377	309
PR02 Halagar a un amigo	2.431	316
PR14 Pedir una crítica constructiva	2.438	317
PR07 Admitir que tiene miedo y pedir comprensión	2.823	367

FACTOR 4. HACER PETICIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR20 Solicitar empleo	1.862	242
PR36 Solicitar la devolución de cosas prestadas	2.124	274
PR19 Admitir confusión	2.169	282
PR17 Solicitar una reunión	2.592	337
PR09 Pedir una aumento de sueldo	2.631	342
PR15 Iniciar una conversación	2.869	373
PR03 Pedir un favor	3.054	397
PR18 Insistir una cita negada	3.092	402
PR12 Hacer preguntas personales	3.392	441

FACTOR 5. CONDUCTAS DE CONFRONTACIÓN Y DEFENSA DE OPINIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR35 Discutir con una persona que critica su trabajo	2.519	325
PR24 Discutir con una persona que critica	2.605	336
PR26 Expresar una opinión contraria	2.628	339
PR39 Expresar molestia a un compañero de trabajo	2.628	339
PR38 Continuar una conversación en desacuerdo	3.202	413
PR33 Renunciar a su trabajo	3.45	445

FACTOR 6. RECHAZAR PETICIONES		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR13 Cortar una plática	2.754	358
PR01 No prestar su coche	2.846	370
PR11 Negarse a prestar dinero	2.892	376
PR03 Pedir un favor a alguien	3.054	397
PR06 Rechazar una petición de una cita	3.054	397
PR33 Renunciar la trabajo	3.45	445



FACTOR 7. RESISTIR PRESIÓN		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR27 Resistir proposiciones sexuales	2.209	285
PR31 Resistir la presión de beber alcohol	2.271	293

FACTOR 8. DEFENSA DE DERECHOS EN SITUACIONES COMERCIALES E INTERACCIONES CON PERSONAS CERCANAS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR32 Decir que alguien no tiene razón	2.077	267
PR25 Devolver productos defectuosos	2.109	272
PR23 Reclamar un servicio por el que ha esperado	2.116	276
PR36 Solicitar una devolución	2.124	274
PR13 Cortar una plática	2.754	358
PR38 Continuar una conversación en desacuerdo	3.202	413

FACTOR 9. AFRONTAR SITUACIONES MOLESTAS		
<i>REACTIVOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>SUMATORIA</i>
PR37 Pedir a alguien que te tiene razón	2.077	267
PR11 Aceptar que no sabe algo	2.192	285
PR14 Pedir una crítica constructiva	2.438	317
PR34 Resistir la presión del enojo	2.543	328
PR13 Cortar una plática	2.754	358
PR04 Resistir la tentación de comprar en oferta	2.808	365
PR12 Hacer preguntas personales	3.392	441



ANEXO 2



ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA PACIENTES QUE DESEAN DEJAR DE FUMAR

6 sesiones de 30 min, combinadas al tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar.

OBJETIVO: Que todos aquellos pacientes en tratamiento para dejar de fumar desarrollen habilidades sociales de oposición.

1ª SESIÓN. INTRODUCCIÓN

Duración 30 min.

Contenido:

- Definición de Asertividad
- Tres estilos básicos de conducta interpersonal

1. Definición de Asertividad

Conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos) de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta." (Walter Riso, 1988)

Características de la asertividad

- Una persona puede mostrarse más asertiva en determinadas situaciones y menos en otras.
- Es una habilidad que se desarrolla
- Esta habilidad como cualquier otra se aprende con mayor o menor dificultad mediante el entrenamiento correspondiente.

2. Identificar los tres estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal:



a) AGRESIVO

La conducta agresiva es la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás.

Cuando se actúa agresivamente usualmente la persona esta haciendo su mejor esfuerzo para sostener una situación que le es amenazante; de esta forma deja de lado los sentimientos y derechos de los otros por lo cual puede ocasionar que las otras personas se asusten y no se logre el objetivo deseado.

Las causas por las que las personas tiene esta conducta agresiva son:

- La persona puede tener la creencia de que la agresión es la única manera de obtener lo que ella quiere del resto de las personas
- Amenaza, una causa general de esta conducta es que las personas se sienten vulnerables a que alguien se les anticipa o los ataque por lo cual reacciona agresivamente por sentirse amenazados y vulnerables.
- Antecedentes de pasividad, por muchas razones estas dos conductas se ven ligadas, primero la agresión puede ocurrir cuando una persona ha actuado pasivamente por un periodo de tiempo, dejando que sus derechos y sus sentimientos sean violados por los demás hasta el grado de que el dolor y el enojo han crecido tanto que la persona justifica la expresión de estos sentimientos siendo agresiva.
- Por otro lado las personas pueden llegar a actuar agresivamente por miedo a dejar de ser asertivos cuando la demanda de la otra persona es hecha continuamente.
- Cuando una persona igualmente que en la conducta pasiva, siente que no tiene ciertos derechos personales como por ejemplo el derecho a sentirse débiles o necesitar ayuda la persona siente que los demás son egoístas por no ofrecerse voluntariamente a ayudar.
-

Todas estas conductas afectan al individuo en cada una de las áreas de su vida deteriorando la relación con las personas con las que convive tanto en el área familiar, laboral, personal etc., y obstaculizándole el cumplimiento pleno de sus propios objetivos.



b) PASIVO

La conducta pasiva consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil, con demasiada suavidad o timidez ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad, siendo indirecto en el mensaje, rodeando el tema o pidiendo disculpas cuando se requiere que se hable claro acerca de lo que deseamos o necesitamos. La forma de actuar característica es débil, espera que los demás adivinen lo que necesita en lugar de asegurarlo activamente. Por lo tanto la persona se coloca en segundo lugar permitiendo que los demás abusen de ello, dejando de satisfacer adecuadamente las necesidades y provocándose a si mismo por ello malestar y tensión.

En la conducta pasiva a menudo sucede que la persona se siente responsable por los sentimientos de la otra persona y por evadir la probabilidad de un conflicto la persona prefiere dejar de lado sus sentimientos y deseos. También lo que puede suceder es caer en la creencia de que los sentimientos que experimentamos no son reales y que no los debería de experimentar. Y una tercera trampa en la que se puede caer con esta conducta es la manipulación dejando que alguien más exprese la preferencia o tome las decisiones evitando así la responsabilidad de sus propios actos.

Las causas más comunes por las que se presenta esta conducta son:

- Se confunde el ser asertivo con ser agresivo, es decir, para muchas personas la conducta asertiva les suena más como una agresión.
- Se confunde el ser pasivo con la cortesía, muchas personas tienen la noción de que el ser pasivo es una forma de ser cortés o considerado con el resto de la gente.
- No aceptan sus derechos personales, no creen que puedan expresar sus reacciones, hacerse valer por ellos mismos o hacerse cargo de sus propias necesidades emocionales.
- Sienten ansiedad acerca de las consecuencias, les preocupa mucho el resultado de cualquier conducta asertiva, creyendo que tal vez perderán el afecto o la aprobación de otra persona.
- Creen que al tener esta conducta pasiva están ayudando a la otra persona.
- Y existen ciertas creencias que se han establecido socialmente que impiden que la persona actúe asertivamente como:

"No seas egoísta".- Existe la creencia de que pensar de vez en cuando en las propias necesidades y el propio bienestar convierte a la persona automáticamente en egoísta.



"No vales lo suficiente".- Los sentimientos de poca valía personal son producto de pensamientos distorsionados ya que la autoestima se apoya en atributos, estatus o cualidades que al no tenerse en la cantidad requerida que se desea, "hacen disminuir nuestra valor" lo cual es un error grave de juicio.

c) ASERTIVO

Lange y Jakubowski (1979) mencionan que el mensaje asertivo es:

Esto es lo que yo pienso.

Esto es lo que yo siento.

Esto es como yo veo la situación.

El mensaje expresa en si lo que la persona es y lo dice sin dominar, humillar o degradar a la otra persona. Tomando en cuenta que lo que expresa es su percepción de la situación y podría ser adecuada, incompleta o errónea.

El ser asertivo implica respeto más no deferencia.

Existen 2 tipos de respeto involucrados en la asertividad

Respeto por uno mismo

Respeto por el resto de las personas

El respeto por uno mismo significa expresar las propias necesidades y defender los propios derechos.

Los principios asertivos parten del profundo respeto al más caro activo que tenemos como persona, nuestro yo, nuestro cuerpo, nuestro ser, solo al sentar tal respeto, podemos respetar a los demás.

El respeto por lo demás implica que el otro sea concebido profundamente como ser humano y sea tratado con dignidad, distinguiendo claramente que también tiene los mismos derechos que nosotros.

Para Aguilar Kubli ser asertivo no implica ganarle al otro; sino triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana, no importando que a veces no se logre un resultado práctico o personalmente beneficioso o inclusive que se requiera ceder. Inclusive Lange en su libro "Responsible Assertive Behavior" menciona que la asertividad



responsable implica usar el poder que le da ser asertivo para ayudar a otros a volverse asertivos y no tomar ventaja de ellos.

Así la asertividad se incluye en la semántica que trata de "La habilidad de relación en un contacto positivo, entendido como el llegar a convivir fácil y cómodamente con los otros, implica abrirse, expresarse y compartir. Es crear espacio en nuestras vidas para encontrarse con los otros, es estar presentes, si no estamos presentes se deterioran poco a poco nuestras relaciones con los demás y nos ponemos en riesgo de perder contacto" (Dionne Reig 1996 en Navarro 2002).

TAREA: Observarme e Identificar en que situaciones soy Agresivo, Pasivo y Asertivo.

2ª SESION.

Duración: 30 min

Contenido:

Derechos Asertivos

Pensamientos irracionales

1. Revisión de la tarea anterior y repaso de los tres estilos básicos de conducta interpersonal.

A veces los demás nos invitan amablemente a hacer cosas o consumir productos apetitosos pero perjudiciales o inadecuados para nosotros. Frente a estas tentaciones podemos claudicar contra nuestro íntimo deseo por tener pensamientos tales como:

- Debería contentar a todo el mundo.
- Debo ser agradable.
- Es terrible herir o defraudar a los demás, por lo que debe evitarse a toda costa.
- Es imposible decir "no" sin que se ofendan o sufran los demás.

También podemos ser inhibidos por miedos como:

- "la otra persona será agresiva conmigo" o
- "no le agradare si no hago lo que él quiere".

Creencias Irracionales

Son absolutas por naturaleza (todo, nada, siempre, nadie) y se expresan en términos de "tengo que", "debo", "debería", "estoy obligado a". etc. Las creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas



Creencias racionales

Son pensamientos evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial. Se expresan en la forma de "me gustaría", "quisiera", "no me gustaría", "Preferiría", "Desearía".

Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (tristeza, preocupación, dolor, disgusto) se experimentan cuando no se consigue lo que se desea.

Estos sentimientos negativos (cuya fuerza está estrechamente relacionada con la importancia del deseo) son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos.

Las creencias racionales son relativas y no impiden el logro de objetivos y propósitos.

Se pone un papel pegado en el pecho en el cual la persona se identifica con su estilo básico de conducta interpersonal.

Volvemos a los ejemplos de conducta pasiva y se le pide al grupo que diga cuales son los posibles pensamientos que hacen que está persona actúe de esa manera. Posteriormente se hace lo mismo con el ejemplo de la conducta agresiva y en ambos casos se representa el caso actuando de manera asertiva.

2. Derechos Asertivos y suposiciones generales erróneas

- El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva – incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
- El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
- El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
- El derecho a cambiar de opinión



- El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta que la otra persona tiene el derecho a decir que no)
- El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
- El derecho a ser independiente
- El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
- El derecho a pedir información
- El derecho a cometer errores y ser responsable de ellos
- El derecho a sentirte a gusto contigo mismo
- El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
- El derecho a tener opiniones y expresarlas
- El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses-siempre que no violes los derechos de los demás.
- El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo en casos límite en que los derechos no están bien claros.
- El derecho a obtener aquello por lo que pagas
- El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
- El derecho a tener derechos y defenderlos



- El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio
- El derecho a estar solo cuando así se elija

Sesión 3

Duración 30 minutos

Contenido:

Componentes verbales y no verbales de la oposición asertiva.

La mayoría de nuestra comunicación es no verbal y nuestras afirmaciones verbales asertivas se pueden convertir en no asertivas o agresivas dependiendo de nuestra conducta no verbal.

La comunicación no verbal, por mucho que se quiera evadir, es inevitable en presencia de otras persona; aún si una persona decide no hablar o ser incapaz de comunicarse verbalmente todavía sigue emitiendo mensajes acerca de sí mismo a través de su cara y su cuerpo.

Componentes no verbales de oposición asertiva

1. **Contacto visual:** La mirada debe estar centrada en el receptor del mensaje mientras se expone el tema. Se recomienda que al menos se mantenga el 50% del tiempo que dura la exposición. A momentos puede desviarse con el objeto de concentrarse en aquello que se quiere expresar. Una mirada excesivamente fija puede recibirse como increpante y hostil.
2. **Afecto:** El tono debe ser firme y convincente, aunque nunca hostil. Se adaptará a la situación que se está debatiendo y al momento del mismo.
3. **Voz:** Se utilizará un volumen audible, ni demasiado elevado ni demasiado bajo. La articulación de las palabras será clara, sin titubeos. El ritmo será tranquilo sin acelerarse.
4. **Pausas:** Se hará una pausa más larga cuando se desee que el interlocutor tome la palabra.
5. **Gestos:** Pueden utilizarse gesto con la cabeza, la cara, los brazos y las manos que enfatizen el discurso. Se cuidará de que estos gestos sean naturales, es decir, sean del estilo que suele utilizar la persona, ya que de no ser así pueden restar fuerza al mensaje. Se evitarán gestos como señalar con el dedo índice puesto que puede recibirse como acusatorio, y en general, cualquier otro que pudiera transmitir hostilidad.
6. **Postura corporal:** El cuerpo se mantendrá erguido pero relajado. La cabeza recta, mirando al interlocutor.



5. Componentes verbales de oposición asertiva

Expresar cuidadosamente cuáles son sus derechos, qué es lo que desea, lo que necesita y cuáles son sus sentimientos respecto a la situación. Liberar los reproches, el deseo de herir y la autocompasión. Definir su objetivo y tenerlo presente cuando esté tratando el cambio.

Señalar el momento y un lugar para discutir el problema que le concierne a usted y a la otra persona. Puede excluirse este punto cuando lo que intente afrontar de forma asertiva sean situaciones espontáneas tales como que alguien intente pasarle delante en una cola.

Caracterizar la situación problema de la forma más detallada posible.

Adaptar la definición de sus sentimientos a los llamados «mensajes en primera persona». Estos mensajes expresan los sentimientos sin evaluar o reprochar la conducta de los demás. Así, en lugar de decir «Eres desconsiderado» o «Me haces daño», un mensaje en primera persona diría: «Me siento herido». Lo que hacen es unir la afirmación que describe el sentimiento a la conducta de la otra persona que la provoca. Por ejemplo, «Me sentí herido cuando te marchaste y no me dijiste adiós». Compare la claridad de esta frase con el siguiente reproche: «Me sentí herido porque fuiste desconsiderado conmigo»

Limitar mediante una o dos frases claras cuál es su objetivo.

Acentuar la posibilidad de obtener lo que desea, si cuenta con la cooperación de la otra persona para que se den las circunstancias necesarias para ello. Si es necesario, exprese las consecuencias negativas que traerá su falta de cooperación.

4ª Sesión

Duración: 30 min

Contenido:

Formulación asertiva

Dramatización de una situación en la que se requiera:

- Manifiestar molestia, enfado, desacuerdo y solicitar el cambio de la conducta molesta

Por ejemplo: Un amigo suyo lleva días insistiendo en que se fume con él un cigarrito, a pesar de que sabe que usted dejó de fumar hace algunos días. Sus bromas han pasado el límite del respeto haciendo comentarios acerca de lo "insoportable" que se ha vuelto usted desde que dejó de fumar. Esto le causa molestia y se siente enojado por la conducta de su amigo ¿Qué haría?



Cuando alguien se enfrenta regularmente a una conducta de otra persona que le causa molestia, tiene la posibilidad de pedir que deje de hacer y si la situación lo permite, que adopte una nueva conducta en su lugar. El propósito de esta repetición tiene muchas más posibilidades de éxito si se formula de forma asertiva.

La formulación asertiva aumenta la posibilidad de que el cambio se produzca dado que, por una parte, se informa a la persona del sentimiento desagradable que produce su comportamiento y le brinda la posibilidad de rectificar.

1. Hay que recordar que así como nosotros tenemos derecho a expresar lo que sentimos la otra persona también tiene derecho a decidir si desea hacer, o no, nuestra petición.
2. Hay que pensar qué se va decir y cómo. Normalmente una petición de este tipo no es imprescindible hacerlo en el momento que se produce, sobretodo cuando quien decide hacerla se encuentra "secuestrado" por sus emociones. Es preferible esperar a que se estabilicen las emociones ya que será más fácil mantener todos los componentes de una petición asertiva.
3. Escoger el momento y el lugar adecuado. Es preferible hacerlo en un momento en el que pueda mantenerse la atención sin que existan otros eventos que distraigan o dispersen la atención. Evitar la presencia de otras personas que pudieran tomar partido a favor o en contra de cualquiera de las dos personas dialogantes ya que podría predisponerlas desfavorablemente.
4. Describir la conducta molesta. Explicar clara y específicamente aquella conducta que resulta molesta, aportando concreción y sin extenderse más de lo necesarios. Simplemente hay que exponer los hechos. Deben evitarse completamente las descalificaciones personales y la atribución de intenciones. Esto sólo serviría para crear malestar incitar al otro a defenderse mediante acusaciones, justificaciones y en última instancia, negándose a cambiar.
5. Expresar cómo se siente en relación a la conducta molesta. Este punto es adecuado cuando existe una relación de confianza con la otra persona y no tanto cuando se trata de un extraño.
6. Expresar que se comprende el comportamiento el otro. A pesar de no estar de acuerdo con ello, es necesario comunicar que se conoce el punto de vista dela otra persona. Con ello se lora que esté más dispuesta a escuchar y a valorar un posible cambio.
7. Especificar el cambio de conducta que se desea. La peticiónd ebe formularse clara y directamente, evitando las frases que pudieran dar lugar a una confusión. El tono debere ser cordial, amable pr firme. Enesta fase la persona que efectúa la petición debe estar abierta a la negociación, ya que es posible que el otro pida alguna cosa a cambio.
8. Exponer las razones por las que se desea el cambio. Explicar las ventajas que se derivan de mismo. Lógicamente, las ventajas deben



referirse a ambos interlocutores. Exponerlas puede ayudar a que el otro reconsidere la petición y mantenga la conducta de cambio. Hay que tener en cuenta que todo cambio de comportamiento significa un esfuerzo de adaptación; significa abandonar antiguos hábitos para adquirir otros nuevos. Todo es más fácil si se prevén las ventajas que ello supone.

9. Explicar las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de no aceptar el cambio de conducta. Esta opción sólo se actuará en caso de que la otra persona mantenga una completa oposición a modificar su conducta. Es recomendable ser realista al enumerar las consecuencias negativas, es decir, cuidar que se ajusten a la realidad.

5ª SESIÓN

Duración: 30 min.

Contenido:

Mostrar desacuerdo sobre una opinión y expresar la propia

Dramatización sobre:

- b) **Mostrar desacuerdo sobre una opinión y expresar la propia**

Por ejemplo: Esta usted en una reunión con sus hermanos y familia, los cuales han fumado desde hace muchos años como usted, aunque usted hace algunos días tomó la decisión de dejar de fumar y lo hizo. Se ha documentado sobre el tema y sabe que la mejor manera de aumentar su calidad de vida es dejando de fumar. Sus hermanos notan que usted ya no fuma y comentan al respecto haciendo énfasis de lo placentero que puede ser en diversas ocasiones el fumar, como lo han disfrutado durante tantos años, sin tener problema alguno de salud. Usted sabe que eso no es del todo cierto. ¿Qué haría?

Existen muchas situaciones en las que una persona puede experimentar desacuerdo con la opinión de otros. A veces se opta por no expresarlo, otras por hacerlo de forma agresiva y otras por la forma asertiva. Inhibirse implica perder la oportunidad de darse a conocer y de exponer una opinión que puede ser valioso para abordar un tema de interés común. La inhibición puede ser útil cuando el tema que se debate no tiene trascendencia alguna, pero aún así enriquece poco el proceso de comunicación.

La forma agresiva de expresar desacuerdo aporta mucho riesgo; puede entorpecer el avance en un posible replanteamiento de ambas partes, puede añadir nuevos problemas de comunicación y aunque puede obtener el consentimiento del contrario por sumisión, establece una dinámica de relación de escasa confianza.

La modalidad asertiva no sólo carece de las desventajas anteriores, sino que ofrece la posibilidad de mantener la autoestima de la persona.



1. Asegurarse de haber comprendido la opinión del otro. Una forma de hacerlo es parafraseando, es decir, repitiendo, lo que se ha creído entender. "según o que dices, entiendo que propones...." También puede utilizarse preguntas de comprobación de la comprensión. ¿quieres decir que según tu opinión....?. De esta forma, se da la oportunidad de clarificar malos entendidos y obtener una información más precisa antes de dar la propia opinión.
2. Pensar en lo que se va a decir y en cómo. No es conveniente precipitarse en emitir la opinión contraria, con más motivo si ésta supone un compromiso de acción. Puede retomarse el tema posteriormente, tras haber estudiado los matices que interesa introducir.
3. Reconocer los aspectos positivos de la opinión del otro en caso de hallarlos. Este aspecto es aconsejable, ya que así se predispone al interlocutor a estar receptivo ante la nueva opinión que va a escuchar.
4. Mostrar desacuerdo de manera clara, firme y amable. Es conveniente no mostrar signos de inseguridad como es el titubeo. Es imprescindible utilizar el pronombre personal yo, o nosotros si representa la opinión de un colectivo. Aunque el mensaje verbal y no verbal es firme, el tono debe ser amable (sin alaza excesivamente la voz, sin negar la mirada, atendiendo una postura erguida y no altiva) Una forma sencilla como "yo no estoy totalmente de acuerdo con tu opinión sobre el tema, sería suficiente
5. Ser específico al describir la opinión con al que se está en desacuerdo. En esta fase hay que cuidar de no caer en descalificaciones personales que sólo servirían para activar una conducta defensiva del interlocutor.
6. Dar razones que sustenten el desacuerdo. Aquí no se trata de justificarse, sino de dar razones basadas en el análisis de las limitaciones que tiene la propuesta del otro.
7. Dar la propia opinión formulándola de forma concisa. El enunciado debe ser claro, conciso, formulado en primera persona, y sin perderse en disquisiciones que se apartan del tema concreto. Una formulación sería "Yo creo que..".
8. Resaltar las ventajas de la nueva opinión. Esto otorga credibilidad ala opinión que se emite, además de aumentar la probabilidad de que el otro reconsidere su propia opinión.
9. Obtener la reacción de la otra persona a la nueva opinión. La finalidad no es forzarla a que esté de acuerdo y que abandone necesariamente su planteamiento inicial, sino conocer cuáles son sus puntos de discrepancia, sus nuevas argumentaciones, o si fuera el caso las dificultades que tiene en mantener su posición inicial.



6ª SESION

Duración: 30 min

Contenido:

Afrontar la crítica y resistencia ante la presión de otros

Hacer una dramatización acerca de:

c) Afrontar la crítica y resistencia ante la presión de otros

Por ejemplo: Estas en una fiesta del cumpleaños de un amigo, con amigos y familiares, la gente alrededor disfruta de un buen momento igual que tu. Varios de tus amigos se acercan y te invitan un cigarrillo acompañado de una bebida alcohólica para festejar al cumpleaños que esta entre ellos. Al observar tu negación él te dice que te has convertido en un aguafiestas mientras todos hacen gestos de desaprobación, el te dice que incluso hasta tu ropa se ha vuelto tan aburrida como tu y te pide que no aguades su fiesta que por su cumpleaños te fumes un cigarrillo para recordar los viejos tiempos. ¿Qué harías?

Afrontar la crítica es un aspecto que no siempre resulta fácil. Con demasiada frecuencia se cede a la tentación de rechazarla, negarla o incluso responder con un ataque hacia aquel que la expresa.

Sí la crítica está mal gestionada puede acarrear consecuencias negativas tanto para uno mismo como para la relación con la persona que la efectúa.

De todas formas, hay que reconocer que bien llevada es una ocasión par replantearse y rectificar la propia conducta. Una crítica ofrece información acerca de las consecuencias de la conducta de uno en otras personas. Esto, como es obvio, es imposible sin la intervención externa.

1. Concentrarse en lo que le están diciendo e intentar comprender ese punto de vista. Es necesario centrarse únicamente en el contenido de la crítica, posponiendo la posible tendencia a defenderse o a pensar en los motivos ocultos de quien la está haciendo. Intente comprender lo que le está diciendo y sin no ha entendido algo, formule una pregunta.
2. No interrumpa, espere a que acabe. Por descabellado que e parezca, escuche y almacene tanto la información que esta recibiendo como su opinión al respecto.
3. Tómese uno instantes para procesar la información y organizar la respuesta. Intente no dejarse llevar por las emociones desagradables que pudiera sentir.
4. Responda. Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la crítica, reconózcalo, p. ej. : "creo que tienes razón en todo cuanto dices". Puede añadir las razones que le han impulsado a obrar así. Sea conciso y no intente justificarse, sólo informe. Discúlpese sin extenderse demasiado



p.ej " siento lo que ha pasado y que te haya molestado...", y si ello es posible, explique qué es lo que piensa cambiar de ahora en adelante.

Si no está totalmente de acuerdo con el contenido, diferencie los aspectos en los que sí lo está y los que no. En cuanto al resto, haga lo mismo que en el caso anterior.

Si no está de acuerdo en nada de lo que le han dicho, exprese lo añadiendo que a pesar de ello está de acuerdo en que el otro exprese lo que piensa.

5. Pida un cambio en las formas de expresar la crítica si le ha molestado. Ahora es el turno de especificar los aspectos formales que no le han gustado y de pedir que en el futuro, si tiene que expresarle una crítica de nuevo, lo haga teniendo en cuenta estos aspectos. Sea concreto cuando se refiera a los mismos y no caiga en acusar al otro de malas intenciones o de motivos ocultos. Es preferible que intente anular la probabilidad de que ello vuelva a ocurrir definiendo las condiciones en que desea que formula la crítica si se volviese a dar la ocasión.

La asertividad es un estilo de conducta que todos podemos desarrollar. Es una característica muy necesaria para poder tomar decisiones, cualquiera que sea el ámbito, y mantener un curso de acción sin ser manipulados por otras personas. La independencia en la toma de decisiones es primordial cuando se trata de elecciones y acciones que van a tener una repercusión que se proyectará a lo largo de toda una vida.

Implica decir **SÍ** a aquello que queremos y ser capaz de decir **NO** a lo que no nos parece.

Por ejemplo para rehusar peticiones no es necesario dar excusas, aunque sí razones, respuestas concisas y, en el caso apropiado, proponiendo una alternativa.

Ante la negativa se suelen producir las siguientes manipulaciones:

-**halago**: Vaya siempre creí que eras una persona generosa...

-**crítica**: Vaya, siempre tienes algún problema para...

-**provocar pena**: Sabes que no te lo pediría si no estuviera sin dinero...

-**excepción**: Nunca te había pedido hasta ahora... ni te lo volver a pedir jamás

-**última vez**: Te prometo que esta es la última vez que te lo pido



-inducción de culpa: Sinceramente me dejas muy mal si te niegas a...

Técnicas que se pueden utilizar en estos casos.

1) Disco Rayado:

Repetimos insistentemente las frases de nuestras solicitudes o ativas.

ejemplo:

Entiendo, pero no me interesa...

le he comprendido pero o

lo voy a comprar...quizá, pero aún no sé si lo quiero...

2) Pero

Se reconoce la primera parte de verdad que existe en lo que nos dice la otra persona que supuestamente intenta manipularnos, y a pesar de ello mantenemos nuestra postura.

ejemplos:

-Es posible que sea egoísta, pero...

-Tienes razón, pero lo haré cuando yo decida...

-Es cierto que me visto de una forma extraña, pero...

3) Interrogación negativa

Es útil para conocer algo de los sentimientos o ideas de los demás, facilitando la comunicación cuando la otra persona nos critica.

ejemplos:

-Qué tiene de malo que vaya al cine?

-Qué defecto le encuentras a mi forma de vestir?

-Qué te molesta de mi



La aserción negativa.

Se utiliza cuando el sujeto está siendo atacado y se ha equivocado. Implica que el sujeto admita su error y cambie inmediatamente a autoverbalizaciones positivas.

El recorte

Es apropiada tanto si estamos siendo atacados y no estamos seguros de haber cometido un error, como si pensamos que estamos siendo atacados por medio de señales no verbales, pero el contenido que se expresa no es claramente de enfrentamiento. Se contenta si o no con mínima "libre información"

Ejemplo:

El desayuno no está preparado —————> Si, es cierto.

Ignorar selectivamente

Consiste en atender o no atender, selectivamente a aspectos específicos del contenido del habla de la otra persona como manifestaciones injustas u ofensivas y solo se contesta a las expresiones que no son destructivas.

Separar los temas.

A veces, en el transcurso de una interacción, más de un tema o mensaje se ofrecerán unidos. A menos que estos temas o mensajes sean separados y tratados de forma distinta, podemos empezar a sentir confusión, ansiedad y culpa. Por ejemplo la persona puede asociar el hecho de que nosotros le prestemos algo con el hecho de que seamos su amigo o que lo amamos. Al separar los temas se puede discriminar lo que la otra persona está pidiendo y se puede formular una respuesta apropiada, sin necesidad de dejar las cosas sin resolver.



ANEXO 3



PROGRAMA MÉDICO-PSICOLOGICO PARA DEJAR DE FUMAR

CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

El objetivo de la clínica es el lograr que el adicto a la nicotina abandone por completo su adicción a través de un programa médico-psicológico en el cual se ofrece al paciente una atención integral. El programa consta de:

TRATAMIENTO

MEDICO	PSICOLÓGICO
Detección temprana (Estudios de gabinete)	Abordaje terapéutico
<ul style="list-style-type: none">• Placa de Tórax: P. A. y lateral derecha• Electrocardiograma• Pruebas Funcionales Respiratorias• Carbowax (Papanicolao en garganta)• Estudio de sangre (Colesterol y Trigliceridos)	<ul style="list-style-type: none">Entrevista de primera vezAplicación de batería psicológica:<ul style="list-style-type: none">- Beck (Depresión)- IDARE (Ansiedad)- Cuestionario de motivos de fumar de Rusell- Cuestionario de FargeströmIntervención terapéutica cognitivo-conductual<ul style="list-style-type: none">- grupal- individual

La evaluación médica tiene el objetivo de hacer una detección oportuna de cualquier enfermedad relacionada con el tabaquismo. Una vez que todos los estudios de gabinete, antes mencionados, han sido realizados y el paciente tiene sus resultados, es revisado por un neumólogo y éste ofrece el diagnóstico y tratamiento correspondiente.



La evaluación Psicológica consta de una entrevista estructurada con la cual se obtienen los datos generales del paciente y la información necesaria acerca de su consumo de tabaco. A través de la entrevista realizada y de la aplicación de pruebas psicométricas se obtiene la información necesaria para canalizar al paciente a terapia cognitivo-conductual grupal o individual.

La terapia cognitivo-conductual grupal consta de 8 sesiones de tratamiento, dos veces por semana; dos sesiones de seguimiento a la semana y a los quince días después de haber terminado el tratamiento y posteriormente se hacen seguimientos trimestrales.

La terapia cognitivo-conductual individual se lleva una vez por semana con una duración de 45 min, en la cual se aplica el mismo tipo de tratamiento que en la terapia grupal.

