



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACIÓN DE LAS RESPUESTAS ANTE LA
FRUSTRACIÓN ENTRE FUMADORES QUE ACUDEN AL
INER Y NO FUMADORES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ADRIANA BEATRIZ HIDALGO JIMÉNEZ

DIANA MORALES GÓMEZ

DIRECTOR: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
REVISOR: DR. ARIEL VITE SIERRA



MÉXICO, D.F.

2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A la **UNAM**, por ser nuestra casa de estudios y brindarnos los conocimientos y herramientas necesarias para hacer de nosotras las profesionistas que ahora somos.

Al **Mtro. Horacio Quiroga Anaya**, por su apoyo, paciencia, tiempo y asesoría que nos brindó para la elaboración de esta tesis y por darnos la oportunidad de compartir y recibir sus valiosas ideas.

A nuestros sinodales: **Dr. Ariel Vite Sierra, Dr. Federico Puente Silva, Dra. Mariana Gutiérrez Lara y Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola**, por el tiempo dedicado a este trabajo y sus valiosas aportaciones.

Al **INER** por los espacios y facilidades brindadas, en especial a la Coordinadora de la Clínica de Ayuda para dejar de fumar **Lic. Marlene Espinosa Martínez**, a las Psicólogas: **Jenny Osio** y **Gaby Lara**, por su tiempo, apoyo y confianza, pero sobre todo por compartir sus conocimientos con nosotras; así como a **Yolis** por sus consideraciones.

A todos y cada uno de los **pacientes** de la Clínica de Ayuda para dejar de fumar del INER por su colaboración, así como a las personas **no fumadoras** que participaron, ya que sin ustedes este trabajo no podría haber sido realizado.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de éste trabajo.

A ti hoy, **Gracias.**

A mis padres: Sonia y Mario

Ustedes me han enseñado que los logros son el reflejo del esfuerzo, constancia, compromiso, tenacidad, perseverancia, etc., y éstos son solo algunos de los valores que me han inculcado y que rigen mi vida personal y profesional. Les agradezco su confianza y apoyo incondicional.

A mis hermanos: Vero y Beto:

No solo han sido mis hermanos sino también mis amigos, confidentes, cómplices, pero sobre todo me han enseñado que nos tenemos los unos a los otros para afrontar la vida con una sonrisa.

A mis amigas: Jaz, Arlen, Oli, Paty, Lucerito, Araceli y Guadalupe:

Les agradezco todos los momentos alegres y tristes compartidos, pero sobre todo porque no pude tener mejor compañía en este largo camino de aprendizaje, conocimiento y madurez.

Diana.

A mis padres: Carmen y Antonio

Por su amor, confianza, paciencia, dedicación e inmensos sacrificios para hacer de mi y mis hermanos las personas que somos. Por brindarme su cariño y haberme enseñado que aunque cueste lograrlo, se debe luchar por lo que se quiere y no quedarse en el camino. Gracias por todo, por su apoyo constante y por estar siempre conmigo, aún en los momentos de desesperación que aunque no fueron fáciles, juntos logramos superar y aprender de ellos.
Los Amo.

A mis hermanos: Laura y Josué

Por enseñarme que la vida esta llena de aventuras y experiencias que se deben disfrutar al máximo. Porque hemos compartido cosas que solo entre hermanos se pueden entender, por apoyarme siempre que así lo necesité y por recordarme todos los días que aunque a veces nos disgustemos siempre estaremos unidos y dispuestos a darlo todo por los otros dos. Recuerden que pueden contar conmigo siempre.
Los Quiero Mucho.

A todos mis familiares

Con cariño, admiración y respeto.

A todas mis amigas, en especial a:

Jaz, Caro, Erika (ñerika) y Elizabeth (ñelisa)

Porque siempre han estado ahí cuando más las necesite, porque juntas hemos pasado momentos tanto buenos como malos y por ser parte de mi vida. Gracias chicas, las quiero.

A ti Diana

Por ser mi amiga, compañera y cómplice dentro de esta gran aventura, sin ti no hubiera sido lo mismo.

Adriana.

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1. FRUSTRACIÓN	
1.1 Definiciones y consideraciones sobre la frustración.....	11
1.2 Teoría de la Frustración de Saúl Rosenzweig	20
1.3 Tolerancia a la Frustración.....	24
CAPÍTULO 2. TABACO	
2.1 Antecedentes históricos del tabaco.....	30
2.2 Componentes del tabaco:	31
2.2.1 Nicotina.....	31
2.2.2 Alquitrán.....	32
2.2.3 Monóxido de Carbono	32
2.3 Enfermedades provocadas por el tabaquismo	33
• Cánceres	33
• Enfermedades cardiovasculares.....	33
• Enfermedades respiratorias.....	33
2.4 Efectos del uso del tabaco a corto plazo.....	34
2.5 Efectos del uso del tabaco a largo plazo.....	34
2.6 Modelos de adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar:	35
2.6.1 Modelos farmacológicos o de adicción nicotínica.....	36
2.6.2 Modelos de regulación múltiple.....	37
2.6.3 Modelo ecológico del tabaquismo.....	38
2.6.4 Modelo afectivo de adquisición del tabaquismo.....	40
2.6.5 Modelo conductual de adquisición del tabaquismo.....	41
2.7 Definiciones.....	42

2.8	Tratamientos para dejar de fumar	44
2.8.1	Intervenciones breves.....	44
2.8.2	Tratamientos psicosociales.....	45
2.8.3	Tratamientos para cesación tabáquica.....	46
	• Tratamientos Sustitutivos de Nicotina (TSN).....	46
	• Antidepresivos.....	50
	• Tratamientos con antagonistas.....	51
	• Otros tratamientos farmacológicos	52
	• Otros tratamientos no farmacológicos	54
2.9	Tabaquismo y frustración.....	55

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1	Justificación y planteamiento del problema.....	57
3.2	Objetivo.....	59
3.3	Preguntas de investigación.....	59
3.4	Hipótesis.....	60
3.5	Variables.....	61
3.6	Participantes.....	64
3.7	Muestreo.....	65
3.8	Tipo de estudio	65
3.9	Instrumento.....	65
3.10	Material.....	69
3.11	Escenario.....	69
3.12	Procedimiento.....	69

CAPÍTULO 4. RESULTADOS..... 74

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN..... 83

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS..... 89

REFERENCIAS..... 91

ANEXO..... 95

RESUMEN

En el presente estudio se exploró la frustración-agresión entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores. La muestra estuvo conformada por 90 personas con un rango de 18 a 60 años. El objetivo de esta investigación fue conocer si existen diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas) ante la frustración entre ambos grupos, por medio del Test de Frustración de Rosenzweig. Los resultados obtenidos a través de la prueba estadística "t" de Student mostraron que sí existen diferencias en la dirección de respuestas impunitivas, sin embargo no existen diferencias en las otras dos direcciones.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es la sustancia adictiva de uso más generalizado que se ha conocido a lo largo de la historia de la humanidad. Desde su llegada a Europa por los españoles desde América, su comercialización y consumo ha crecido en progresión constante hasta los años 70 's del siglo pasado (Gil y Calero, 1994).

Actualmente, el tabaquismo constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo (SSA/CONADIC, 2000). El consumo del cigarro produce cánceres pulmonares, orales y de otros tipos, enfermedades cardiovasculares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC-, úlceras pépticas, trastornos gastrointestinales, complicaciones materno-fetales y otros trastornos. Pese a toda la publicidad sobre sus riesgos y peligros como consecuencia de fumar, el número de fumadores sigue siendo alto (Coleman, 1998).

En el año 2000 el tabaco causó 3 millones 500 mil muertes en el mundo, es decir 10 mil muertes diarias, mientras que en el 2004 fallecieron por esta causa 5 millones de personas, 13,698 muertes diarias, de las cuales aproximadamente 150 fueron en México a consecuencia de todas las enfermedades que se asocian a esta adicción, por lo cual estas

defunciones representan 10% de las muertes nacionales (www.iner.gob.mx).

Se estima que siguiendo la tendencia actual los fallecimientos llegarán a 10 millones por año en el mundo entre el 2020 y el 2030, causando más muertes que el SIDA, accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, alcoholismo y drogas ilícitas (www.tabaquismo.freehosting.net).

En México, el sector salud destina al año aproximadamente 30 mil millones de pesos correspondiente al 0.3 % del producto interno bruto en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas al tabaco. Además de los costos que produce su tratamiento, reduce los años de vida productiva por incapacidad o muerte anticipada, lo cual genera pérdidas económicas al reducir la fuerza laboral por enfermedad y ausentismo, problemas económicos familiares por muerte prematura de los padres, afecta el rendimiento académico y produce ausentismo escolar por enfermedad repetitiva de las vías respiratorias (www.iner.gob.mx).

Basado en todo lo anterior, surge el interés de realizar una investigación que relacione este problema de salud pública con una de las variables que contribuyen en la adquisición o mantenimiento del hábito tabáquico,

la **frustración**; la cual es definida por Rosenzweig (1934) como, *aquello que se produce cada vez que el organismo encuentra un obstáculo, o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera*, es decir, se da una frustración cuando una persona motivada hacia una finalidad, encuentra un obstáculo en la satisfacción de una necesidad o un deseo suyo (Bonino, 1998).

Por tal motivo, la relevancia de esta investigación es conocer si existen diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas) ante la frustración entre fumadores que acuden al INER y no fumadores, además de conocer si esta característica es privativa o no de los sujetos fumadores.

CAPITULO 1.

FRUSTRACION

1.1 Definiciones y Consideraciones sobre la Frustración.

La frustración se ha definido de diferentes maneras, como “el bloqueo o la interferencia de la actividad dirigida a una meta, es el estado afectivo o motivacional que resulta de sentirse bloqueado, impedido o contrariado”. La frustración es la reacción que se presenta siempre que el individuo se encuentra frente a un obstáculo difícil de vencer o que se coarta la satisfacción de alguna necesidad (Arias y Martínez, 1988).

Para Selye (1956) la frustración es el impedimento de conseguir un satisfactor, produciéndose como consecuencia la emergencia de tensión interna en el organismo, denominada estrés. El sujeto procede a emitir una respuesta, la cual puede ser adecuada si logra vencer el obstáculo y logra llegar a su objetivo, o inadecuada si no hay superación del impedimento ni el logro del satisfactor.

Whittaker (1977), menciona que son las circunstancias que dan como resultado la falta de satisfacción de una necesidad o un motivo.

Bleger (1981) considera la frustración como "todas aquellas situaciones en las cuales no se obtiene el objeto necesario para satisfacer necesidades o no se logra un objetivo al cual se aspira". Además considera que en la frustración, el obstáculo a la consecución del objeto puede ser externo o interno.

Gago (1965), ubica la frustración en el contexto de la motivación, dándole importancia al medio ambiente. De esta manera, la frustración siempre tiene su origen en el medio, puesto que es a partir de el que individuo satisface generalmente sus necesidades y es en función del medio que fija sus metas.

Díaz-Guerrero (1972) amplía esta concepción considerando que la fuente de explicación de la conducta humana es historico-biopsico-socio-cultural, ya que además de los factores históricos, intervienen combinados o independientemente, los factores sociales, es decir, factores demográficos y socioeconómicos o que tienen que ver con la sociopsicología de grupos y con la influencia de instituciones a las que se pertenecen en un momento dado.

Crown (1967, citado en Landa, Segura y Zamora, 1986) describe la experiencia individual de frustración como una reacción emocional que se presenta cuando el individuo está motivado para alcanzar un determinado objetivo o meta y en el curso de su acción está temporalmente o permanentemente bloqueada.

Así vemos que siempre y cuando el progreso de una persona hacia una meta deseada sea obstaculizado, retrasado o en otra forma interferido decimos que se ha frustrado. La frustración presenta fuentes las cuales debemos entender como todo fenómeno o condición que origina y determina el proceso en el logro de una meta. Este autor reconoce que las fuentes de frustración son de diferentes tipos como edad, experiencia y naturaleza del motivo causante de la frustración.

Ruch (1975) menciona tres categorías principales que producen la frustración:

- 1) Ambientales: leyes formales o sociales que impiden que el individuo exprese muchos de sus impulsos.
- 2) Personales: es causa de sentimientos de inferioridad y carencia de valor propio, basándose en el nivel de las aspiraciones.

- 3) Por conflicto: cuando el individuo tiene que elegir entre dos metas o tiene sentimientos tanto positivos como negativos de una meta.

Este mismo autor menciona también tres tipos fundamentales de conductas de ajuste:

- 1) Reacción agresiva: reducen transitoriamente las tensiones mentales o físicas que acompañan a la frustración.
- 2) Reacciones de huida o retirada: son las fantasías.
- 3) Reacciones de componenda: el aceptar metas simbólicas o sustitutivas.

Para Lewin (1969) la frustración es un estado emocional desagradable que hace que el sujeto movilice sus energías para evitarla. Al suponer que la frustración es un motivo, debe provocar tres cosas:

- 1) Debe ser capaz de activar la conducta.
- 2) Si es aversiva debe comprobarse sus similitudes con la evitación y el escape.
- 3) Debe tener asociados estímulos e impulsos.

Lewin plantea también que hay tres tipos de conflicto:

- a) Acercamiento-acercamiento: Donde hay dos metas igualmente atractivas.
- b) Evasión-evasión: Donde tiene que elegir una de las dos metas, aunque trate de huir de las dos.
- c) Acercamiento-evasión: Donde no puede salir de la situación más que alternando o debilitando una de ellas.

Cofer y Appley (1982), reservan el término frustración para una clase limitada de acontecimientos que consisten en una serie de cambios de respuestas disponibles para lograr la meta deseada.

De la misma manera mencionan que existen dos precondiciones necesarias para la frustración:

- a) La presencia de un tipo de impulso o de un motivo previamente alterado o no recompensado.
- b) Alguna forma de interferencia con las formas de graficación o impedir su realización.

Si solo se satisface la primera de estas condiciones puede hablarse de privación o de pérdida, pero no de frustración. La privación se refiere a una condición en que la necesidad o la tensión existentes aumentan en intensidad al estar ausentes los medios para reducirlos (Cofer y Appley, 1982).

Cofer y Appley con respecto a las respuestas que se dan ante la frustración mencionan las siguientes:

1. Frustración-Agresión: Considerando que la frustración es "una interferencia con la respuesta meta su consecuencia natural, según Dollar y col., es cuando se presenta enojo y ataque hacia la situación frustrante".
2. Frustración-Regresión: Se presenta cuando ocurre acontecimientos traumáticos que dan como resultado una regresión a formas anteriores de enfrentamiento con los que se tuvo éxito.
3. Frustración-Represión: Se presenta cuando los eventos que implican el ego y lo amenazan y que, sin embargo ocurren, pueden estar controlados sólo por medio del olvido motivado o por la represión.

4. Frustración-Fijación: Se presenta cuando existe una dicotomía entre la conducta motivada y la conducta frustrada que esta fija y estereotipada, anormalmente resistente a la modificación.

Por su parte Arias y Martínez (1988) realizan una clasificación de las formas de reacción a la frustración de la siguiente manera:

- a) Reacciones orientadas a la realidad.
 1. Ataque y agresión: va dirigida a modificar la situación de la agresión. Es fuertemente condenada por nuestra sociedad. No siempre es destructiva en su carácter, puede conducir a un aumento del esfuerzo constructivo dirigido a vencer la situación.
 2. Huida y retirada: se utiliza frecuentemente cuando la conducta agresiva no es posible o no ha producido la eliminación de la situación frustrante.
 3. Componentes y sustituciones: se aceptan metas simbólicas y sustitutivas.

Así las reacciones de frustración, no siempre son orientadas hacia la realidad y dirigidas directamente a la supresión de la fuente de frustración. Se presentan de manera inconsciente y sirven como protección contra la ansiedad (Arias, 1988).

Se da una frustración cuando una persona motivada hacia una finalidad, encuentra un obstáculo en la satisfacción de una necesidad o un deseo suyo. Los elementos constitutivos de la situación frustrante son: la persona, el obstáculo, la meta. Por lo tanto, se pueden considerar adecuados todos los comportamientos que se dirigen al logro de la finalidad originaria y teniendo en cuenta la realidad del obstáculo y su gravedad, intentan superarla (Bonino, 1998).

Hay que considerar no solo la meta y el obstáculo, sino la persona motivada hacia una finalidad. Por ello pueden considerarse adecuadas todas las reacciones que tienen por objeto permitir que la persona alcance los objetivos hacia los que siente motivada. Dichas reacciones son adecuadas, pues no tienen únicamente la finalidad de defender a la persona de los fracasos y de la realidad frustrante, sino que se orientan a una realización de los deseos, de la manera indirecta que la frustración a menudo impone buscar. En la situación frustrante, la realización con frecuencia tiene que darse a través de la búsqueda de caminos indirectos y objetivos substitutivos (Bonino, 1998).

Freud (citado en Irizarry, 1993) adoptó la posición de que las personas tienen instintos agresivos. Pensaba que si las personas no tienen una válvula de escape, los instintos agresivos se acumulan y a la larga se desbordan, estallando en violencia repentina. En la primera parte de su obra introdujo el término "pulsión de muerte" para definir la agresividad del ser humano. Luego, en su obra *Más allá del principio del placer* nos dice que la pulsión de muerte es fundamental en todo ser humano y explica que esto es lo que inducirá a retornar al estado de inorgánico, es decir, Freud sostuvo que la agresión era la primera y más importante reacción ante la frustración.

En cuanto se obstaculiza la búsqueda del placer, que es el propósito básico del ser humano, surge la frustración pudiendo dar lugar a que se presenten respuestas de agresión que en un momento dado van a estar dirigidas hacia personas u objetos del exterior, contra el propio organismo o en su lugar desplazarse hacia otros objetos (citado en Irizarry, 1993).

1.2 Teoría de la Frustración de Saúl Rosenzweig.

Rosenzweig (1934) elaboró una teoría de la frustración que expresa en forma concreta el punto de vista organísmico en psicobiología. Así mismo proporciona una reformulación de conceptos psicoanalíticos teniendo en cuenta las posibilidades experimentales (sic).

En su obra distinguió tres aspectos básicos fundamentales:

- 1.- Frustración: es el sentimiento que embarga al individuo cuando éste encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar en su camino hacia la satisfacción de necesidades vitales.
- 2.- Presión o "stress": es la situación o estímulo que constituye el obstáculo.
- 3.- Tolerancia a la frustración: la definió como "la capacidad de un individuo para soportar la frustración sin pérdida de su adaptación psicológica, es decir, sin recurrir a modos inadecuados de respuesta".

Postula además tres niveles de defensa psicobiológica que se compenetran entre sí, los cuales son:

- *Nivel celular*: es la defensa contra agentes infecciosos.

- *Nivel autónomo*: es la defensa en conjunto contra las agresiones físicas generales. Desde el punto de vista psicológico corresponden al miedo y la rabia.
- *Nivel superior o cortical*: defiende a la personalidad contra agresiones psicológicas.

Rosenzweig (1934) también realiza una diferenciación entre privación y frustración e intenta indicar la prioridad de las condiciones al llamarlas respectivamente primaria y secundaria:

1. *Primaria o privación*: es la insatisfacción subjetiva que se debe a la ausencia de una situación final para calmar una necesidad.
2. *Secundaria*: es la presencia de un obstáculo en la vía que conduce a la satisfacción de la necesidad. El obstáculo o presión puede tener un origen interno o externo y ser de carácter pasivo o activo.

Además expone que existen frustraciones de índole:

- a) *Pasiva y externa*: como en el caso del objeto inanimado que se interpone entre el individuo y el objetivo.
- b) *Activo y externo*: son las amenazas físicas que separan a una persona de su objetivo.

- c) Pasivo e interno: es la propia incapacidad del sujeto.
- d) Activo e interno: es cuando dos necesidades opuestas y de intensidad igual están actuando en el individuo.

Este mismo autor, propone una clasificación de las frustraciones en función de la economía de la necesidad frustrada, las reacciones representan una respuesta a la amenaza implícita a la propia personalidad.

- El primer tipo de reacción corresponde a necesidad persistente, que implica una reacción o pensamientos dirigidos a un objetivo.
- La segunda reacción es la defensa ante la amenaza, que para el ego supone la frustración.
- La tercera reacción es que el individuo responde exclusivamente al problema en sí, y sintiéndose incapaz tanto de defender su ego como de perseguir el objetivo personal se limita a manifestarse enterado y consciente de que esta frustrado. Son las respuestas de predominio del obstáculo.

Por otra parte la mayoría de las reacciones de la frustración son de carácter agresivo, donde éste, funge como sentimientos de desagrado ya que embargan al individuo cuando éste encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar en su camino a la satisfacción de sus necesidades vitales. La agresividad es una respuesta consecuente ante la situación frustrante. Especifica a su vez que aún cuando la frustración facilita la agresión hay varios caminos que ésta puede seguir. Afirma que existen varios factores que pueden modificar la agresión una vez originada, que son: el reforzamiento, los factores situacionales, la estructura interna y la historia personal del sujeto (Rosenzweig, 1934).

Rosenzweig (1934) categoriza también tales reacciones en función de la salida que da el individuo frustrado a la agresión originada en él por esta causa.

- *Respuestas Extrapunitivas*: la agresión se dirige directamente contra el ambiente.

El individuo puede manifestar su cólera de manera más o menos sutil; puede expresar preocupación e irritación hacia el objeto que se ha interpuesto en su camino; solicitar de los demás que lo resuelvan o mantenerse hostil, acusando y volcando el problema a cualquier otro.

- *Respuestas Intrapunitivas*: la persona frustrada descarga toda su agresividad sobre sí misma, algunas veces reprochándose la frustración, otras intentando resolver el problema, mostrándose humillado por haberlo provocado y otras negando por completo la existencia del problema en un aparente esfuerzo por auto castigarse, evitando que lo compadezcan.
- *Respuestas Impunitivas*: son aquellas cuyo origen está más en función de los impulsos sociales que en los impulsos de agresión. Tratan de aminorar el problema, dándole normalmente un giro conciliador. Es decir, quita importancia a la frustración, trata de conformarse a los límites que esta le impone y/o confía en que con el tiempo se resuelva.

A medida que el individuo se desarrolla va adquiriendo cierto grado de tolerancia ante los diversos tipos de frustraciones.

1.3 Tolerancia a la Frustración.

El concepto de tolerancia a la frustración fue definido y discutido explícitamente por primera vez por Rosenzweig (1934), el primer teórico de la frustración. En términos generales, la tolerancia a la frustración es "la capacidad de hacer frente de manera adaptada a una

frustración" (sic). Más específicamente, es la capacidad de un individuo para soportar una frustración sin perder su propia adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a modos de respuestas inadecuadas (Bonino, 1998).

El concepto de tolerancia a la frustración puede compararse con dos principios psicoanalíticos:

1. *El Principio del Placer y la Realidad*. En el niño el principio del placer implica la satisfacción inmediata de todos sus deseos, a medida que el niño madura, aprende a demorar sus satisfacciones, este concepto está implícito en el de tolerancia a la frustración.
2. *El Principio de la Debilidad del Yo*. Es cuando el sujeto ante la frustración da respuestas inadecuadas por lo que domina el principio del placer, aunado a un yo débil.

En base a estos principios pueden considerarse diferencias individuales en lo que se refiere al umbral de tolerancia a la frustración, ya que para cada sujeto existe una zona comprendida entre dos intensidades de la presión dentro de la cual la respuesta del sujeto a la frustración es adecuada (Hernández y Martínez, 1981).

Dependiendo de la personalidad, varía el umbral de tolerancia a la frustración. Rosenzweig consideró que en ello participan dos clases de factores:

- a) Factores somáticos: son constitucionales y hereditarios, y se refieren a las diferencias individuales innatas y corresponden a variaciones nerviosas y endocrinas.

- b) Factores psicológicos: son las primeras frustraciones en la infancia las que determinan el desarrollo posterior de la tolerancia a la frustración.

A nivel intelectual este término requiere aptitud y capacidad de abstracción como base a la demora de la gratificación (Hernández y Martínez, 1981).

Cuando se habla de tolerancia a la frustración como capacidad de adaptación, no se hace referencia a una adaptación entendida como una adecuación pasiva de la persona a las situaciones y comportamientos socialmente mas aceptados. El punto de referencia es la persona; es en relación de la persona y a los objetivos prefijados que

una reacción ante la frustración puede valorarse como adecuada o inadecuada. Por ello la tolerancia esta más en función de la persona y de las características de la situación frustrante. Existe una tolerancia típica de cada persona, que en la edad adulta es bastante constante y que constituye un rasgo característico de la personalidad de cada individuo (Bonino, 1998).

En resumen, la frustración surge debido a un bloqueo o impedimento para alcanzar un satisfactor de alguna necesidad (Arias y Martínez, 1988; Whittaker, 1977; Selye, 1956), ante esta situación la persona emite respuestas adecuadas si logra vencer el obstáculo o inadecuadas si no logra su satisfactor (Selye, 1956).

Gago (1965) y Díaz-Guerrero (1972) no brindan una definición concreta de frustración, sin embargo, plantean que ésta se encuentra en función de los factores bio-psico-sociales en que se desarrolla la persona en un momento determinado, ya que a partir de éstos, el individuo fija sus metas, dándole importancia al medio ambiente.

Al presentarse una frustración el individuo moviliza sus energías para afrontarla (Lewin, 1935), por lo cual existen conductas de ajustes o respuestas ante la misma como son: agresión, regresión, represión, fijación (Cofer y Appley, 1982); de huída o retirada y de componenda o sustituciones (Ruch, 1971; Arias y Martínez, 1988), las cuales corresponden a las reacciones orientadas a la realidad.

Rosenzweig (1934), desarrollo su teoría de la frustración, basado en los principios psicoanalíticos de Freud (1910), donde estableció, que cuando la búsqueda de placer es obstaculizada, surge la frustración, a la que el individuo responde mediante la agresión.

Para fines de nuestra investigación, la conceptualización más completa y que se adecua a nuestros objetivos, es la de Rosenzweig sobre la Teoría de la Frustración debido a que da un panorama más amplio acerca de su origen, características, etc., además de explicar una de las posibles respuestas ante la frustración que es la agresividad, la cual puede tomar varios caminos ya que está en función de la salida que da el individuo frustrado.

Como se ha mencionado anteriormente, la frustración se presenta cuando el individuo encuentra un obstáculo en su intento por alcanzar una meta, esto se puede presentar en situaciones cotidianas que afectan nuestro comportamiento, de tal manera que dependiendo del umbral de tolerancia a la frustración, las personas llegan a caer en el consumo de ciertas sustancias adictivas, como es el tabaco, el cual brinda una reacción placentera momentánea.

CAPITULO 2.

TABACO

Antecedentes históricos del tabaco.

La historia del tabaco comenzó en 1492, con el desembarco de Cristóbal Colón en la costa del noreste de Cuba, ya que éste era considerado un elemento fundamental en las ceremonias religiosas y mágicas, por lo cual era considerada una planta de uso común como droga psicoactiva en gran parte del continente americano. Los mayas utilizaban el tabaco como remedio universal, además, fueron los primeros fabricantes de cigarros, para lo cual, seguían un complejo y elaborado proceso en el que incluían la elaboración de una pasta de varios vegetales con los que recubrían las hojas que servían de envoltorio al tabaco. Los aztecas lo utilizaban como medicina casi universal, contra el asma, la fiebre, las convulsiones, enfermedades de la piel; y masticado para combatir el cansancio y los dolores de muela y parto. En Centro América el tabaco era consumido en forma de polvo de tabaco, fumado en cigarros y en pipa. El tabaco viajó a España a principios del siglo XVI, y algo más tarde llegó a otros países de Europa. A finales del siglo XVI el tabaco había llegado a todos los rincones del mundo, ya que los marinos

italianos lo diseminaron en su propia tierra y por los puertos del Mediterráneo, y los comerciantes ingleses y portugueses los llevaron a Oriente, Asia y África (Gil y Calero, 1994).

Con la aparición del cigarrillo fabricado industrialmente, a finales del siglo XIX, se extiende con ímpetu el consumo de cigarrillos. A partir de la Segunda Guerra Mundial y de las transformaciones sociales que siguieron a la misma, se produce la incorporación de las mujeres al consumo del tabaco hasta llegar a nuestros días, en donde muchos países, como España, existen ya más adolescentes mujeres fumadoras que hombres (Becoña, Palomares y García, 2000).

2.2 Componentes del Tabaco.

De acuerdo a Becoña et. al. (2000) en el humo del cigarrillo existen más de 4,000 componentes. Los más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

2.2.1 Nicotina: Es el alcaloide que contiene la planta del tabaco, ingerida por el organismo produce una fuerte adicción, por lo que su falta produce el síndrome de abstinencia de la nicotina.

La nicotina actúa principalmente sobre el sistema circulatorio, provocando taquicardia, vasoconstricción periférica, cambios en el funcionalismo miocárdico, depresión de la conducción y disminución del umbral de fibrilación ventricular, aumento transitorio de la presión arterial.

2.2.2 Alquitrán: Es uno de los componentes principales sólidos del cigarrillo. Se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarro y en menor medida del tabaco. Es el responsable de la mayor parte de los cánceres que produce el tabaco.

2.2.3 Monóxido de Carbono: Se produce en la combustión del tabaco y del papel del cigarro. Es el factor de mayor responsabilidad en producir infartos de miocardio, muerte súbita, arteriosis y enfermedades respiratorias crónicas.

Además de los anteriores componentes, el tabaco contiene otras sustancias como azúcares, celulosa, sustancias pectílicas, aminoácidos, ceras y resinas, etc. Entre los componentes más nocivos destacan el benzo-a-pireno, el óxido nitroso, el cianuro de hidrógeno, etc.

2.3 Enfermedades provocadas por el Tabaquismo.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en países del mundo Occidental. Se ha estimado que el 10% de los ingresos hospitalarios son debidos al tabaco. En los últimos 20 años han proliferado las investigaciones sobre el tabaquismo y su relación con trastornos de toda índole y gravedad: cáncer de pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedades respiratorias, trastornos cardiovasculares, alteraciones digestivas, etc.

Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco

- Cánceres: pulmón, traquea, bronquios, labio, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, cérvix uterino, vejiga y riñón.
- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriosclerosis, aneurisma de la aorta y otras aneurismas.
- Enfermedades respiratorias: neumonía, gripe, bronquitis, enfisema, EPOC (Becoña et. al., 2000).

2.4 Efectos del uso del tabaco a corto plazo según Centros de Integración Juvenil (1999).

- Alteraciones en la conciencia y en la capacidad para percibir.
- Enojo, hostilidad y agresión.
- Insomnio, sueños extraños.
- Inestabilidad en el humor y cambios en el estado de ánimo.
- Mareo y vértigo.
- Vómito.
- Dolor abdominal.
- Sudoración.
- Elevación del pulso.
- Disminución de temperatura en los dedos de las manos y los pies.
- Interferencia en el funcionamiento personal.

2.5 Efectos del uso del tabaco a largo plazo.

- Cambios en el estado de ánimo: muy alegre o depresivo.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de frustración.

- Ira.
- Ansiedad.
- Dificultades en la concentración.
- Aumento en el apetito o peso.
- Aumento de la eliminación urinaria (orinar con más frecuencia).
- Así como cánceres, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

2.6 Modelos de adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar.

El estudio de ésta como de otras adicciones se puede situar en un punto medio entre las investigaciones psicosociales y las biológicas, aunque muchas investigaciones conductuales han contribuido a establecer una tecnología para la prevención y abandono del consumo, muy pocas se han destinado a explicar los mecanismos que ponen en marcha este hábito.

Curiosamente, el tratamiento del tabaquismo ha avanzado mucho más que la comprensión de los mecanismos implicados en su adquisición (Gil, 1994).

2.6.1 Modelos farmacológicos o de adicción nicotínica.

Hay diferentes modelos que se han propuesto para explicar el papel de la nicotina en el mantenimiento del tabaquismo, los cuales son:

- El modelo del efecto fijo de la nicotina propone que el comportamiento de fumar se mantiene porque la nicotina estimula centros neurales específicos inductores de reforzamiento. En efecto, se conocen varios niveles de afectación neural de la nicotina. Por ejemplo, la nicotina actúa cambiando directa o indirectamente alterando el nivel de catecolaminas; cambiando niveles de neuroaminas; incrementando el ritmo cardiaco y produciendo relajación muscular (Gil y Calero, 1994).
- El modelo de regulación nicotínica establece que fumar sirve para regular el nivel de nicotina en el organismo, de manera que los descensos del nivel de nicotina en sangre motivarían al fumador a consumir un cigarro. El modelo establece que cada fumador tiende a mantener un "punto o nivel óptimo" de nicotina en sangre, por debajo de la cual se hace necesario ingerir la cantidad suficiente de sustancias que recuperen el "equilibrio".

Según este modelo el nivel de nicotina es regulado por un mecanismo interno que lo mantiene dentro de ciertos límites que regular la frecuencia del fumar. Este modelo podría explicar porque los fumadores siguen fumando, pero nunca porque una persona llega a ser un fumador. Tampoco considera ni explica adecuadamente el papel de los estímulos ambientales en el control del hábito, ni la naturaleza de las diferencias individuales en la adquisición y nivel de hábito logrado. Tampoco explica el mecanismo por el cual un fumador recae tras un período de abstinencia en el cual se ha producido una desintoxicación (Gil y Calero, 1994).

2.6.2 Modelo de regulación múltiple.

Leventhal y Cleary (1980, citado en Gil y Calero, 1994) propusieron la adopción de un modelo que asumiera que el fumador fuma para regular sus estados emocionales, y que los niveles de nicotina están siendo regulados debido a que ciertos estados emocionales han llegado a condicionarse a ellos en una variable de contexto.

La finalidad de este modelo de regulación múltiple es que la regulación emocional es la clave para explicar la conducta del fumar, y que las alteraciones en la homeostasis emocional o hedónica estimulan la conducta del fumar.

2.6.3 Modelo ecológico del tabaquismo.

Mausner y Platt y Mausner (citado en Gil y Calero, 1994) elaboraron un modelo explicativo del tabaquismo según el cual el comportamiento se configura mediante un estímulo o *input* (el ambiente), un mediador o sistemas mediadores y un resultado o *output* (la conducta). El *input* se refiere a los tres aspectos del ambiente, o aspectos social, biológico y físico; el mediador o sistemas mediadores están formados por una serie de constructores hipotéticos. Inherente al modelo es la consideración de que la conducta de fumar no puede ser entendida sin tener en cuenta el marco sociocultural en el que vive cada fumador.

Uno de los *inputs* es el cigarro mismo, como entidad biológica que proporciona una variedad de efectos farmacológicos. Los mediadores se refieren tanto a múltiples mecanismos fisiológicos que se ven afectados por el consumo del tabaco como a las señales producidas

por los varios aspectos del consumo de un cigarro y a lo que los creadores del modelo denominan "eventos dentro de la cabeza".

Según el modelo ecológico, fumar cada cigarro es "una función de la interacción entre los *inputs* de cada situación y las consecuencias del fumar" (Mausner, citado en Gil y Calero, 1994). Por otra parte, la conducta de fumar un cigarro es considerada como un complejo patrón de conductas que pueden incluir a toda una amplia variedad de conductas diferentes de fumar, por lo que fumar un cigarro consiste en realidad, en una red integrada de *inputs*, "eventos dentro de la cabeza" y conductas colaterales asociadas.

Según este modelo, fumar puede cumplir tres funciones: la *primera* función deriva de las propiedades estimulantes del cigarro, que puede proporcionar placer al fumador, o recuperación cuando está cansado, o reducir la tensión, o liberarle del malestar producido por el descenso de los niveles de nicotina. La *segunda* función tiene que ver con los aspectos sociales del fumar, pues puede aumentar la cohesión social de los grupos al convertirse en un ritual común compartido. La *tercera función* se refiere a que fumar es una forma

de conducta expresiva que para muchos fumadores forma parte de la definición del concepto de sí mismo (Gil y Calero, 1994).

2.6.4 Modelo afectivo de adquisición del tabaquismo.

Tomkins (citado en Gil y Calero, 1994) propone un modelo explicativo de la adquisición del tabaquismo como aplicación de su teoría general de la afectividad, el cual sugiere que el fumar se emplea como forma de regular los estados emocionales internos, produciendo reacciones emocionales positivas y reduciendo las reacciones emocionales negativas provocadas por diversas situaciones (presión y rechazo por parte del grupo).

Este modelo divide a los fumadores en fumadores por afecto positivo, fumadores por afecto negativo, fumadores adictos y fumadores habituales (Ikard y Tomkins, citado en Gil y Calero, 1994). Fumar motivado por la curiosidad, sería un ejemplo de fumar por afecto positivo, ya que implica afectos de excitación e interés; en tanto que fumar por la conformidad con el grupo es un caso de fumar por afecto negativo, ya que la conducta estaría enfocada para evitar los sentimientos de rechazo por parte del grupo (Gil y Calero, 1994).

Los fumadores adictos son los que normalmente experimentan un "afecto negativo de privación" tan pronto como llegan a ser conscientes de que no están fumando, independientemente de que se sientan afectivamente bien o mal. Para el fumador habitual fumar es una "habilidad altamente desarrollada" que implica un mínimo grado de conciencia de hecho y está característicamente libre de recompensa afectiva positiva o negativa (Ikard y Tomkins, citado en Gil y Calero, 1994).

2.6.5 Modelo conductual de adquisición del tabaquismo.

A veces se le denomina Modelo de Aprendizaje Social. El reforzamiento social (típicamente representado en forma de presión social de los compañeros) es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar. Inicialmente, fumar representa en sí mismo una experiencia aversiva, que con la práctica y como consecuencia de la puesta en marcha del mecanismo de habituación (o tolerancia), llegará a convertirse en una experiencia reforzante (tanto positiva como negativa) de forma que acabará por ser mantenida por sus propias consecuencias y llegará a generalizarse a una multitud de situaciones y contextos (Pomerleau, citado en Gil y Calero, 1994).

2.7 Definiciones.

Hábito

Es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay por tanto, un deseo del producto pero nunca se desea de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psíquicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998).

Tabaquismo

Entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco; se manifiesta como necesidad compulsiva de consumo de tabaco y dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia (ENA, 2002).

Dependencia Física

Hablamos de dependencia física cuando el uso de una droga genera una adaptación fisiológica por la cual el funcionamiento orgánico del sujeto se ve alterado si no se administra la sustancia, o si la dosis consumida se reduce por debajo de cierto umbral (González, 2004).

Dependencia Psicológica

Se trata de aquel vínculo con la droga caracterizado por el deseo apremiante de experimentar sus efectos, ya sea porque favorece experiencias positivas (relajación, sensación de fuerza, inhibición del cansancio y del sueño, pérdida del apetito, etc.), sea porque permite rehuir reacciones negativas como son: aburrimiento, timidez, sensación de incapacidad, etc. (González, 2004).

Tolerancia

Es un estado fisiológico que implica que quien consume necesita progresivamente una mayor dosis de la droga para alcanzar el mismo efecto (OMS, 1997).

Síndrome de Abstinencia

Es el conjunto de trastornos fisiológicos y psicológicos que se presentan al suspender abruptamente el consumo de una droga -siempre y cuando ya éste instalada una adicción- (OMS, 1997)

2.8 Tratamientos para dejar de fumar:

De acuerdo con Bobes, Casas y Gutiérrez (2003) existen tres tipos de tratamientos fundamentales que son los siguientes:

2.8.1 Intervenciones breves:

Los cinco puntos esenciales del consejo breve individual (no mas de tres minutos) son, preguntar sobre el tabaco en cada contacto sanitario, aconsejar a todos los fumadores dejar de fumar, valorar la motivación del fumador para abandonar el hábito, ayudar al fumador a parar el consumo y seguirle durante el intento.

En la intervención mínima, pueden distinguirse:

Nivel 1: se sitúan los sujetos con baja motivación y las intervenciones estarán dedicadas a informar y sensibilizar al sujeto, de forma individualizada, de los riesgos del tabaco y de los benéficos que puede dejarle la cesación.

Nivel 2: están los sujetos motivados con baja dependencia, a los que se les ofrece directamente apoyo para iniciar un intento de cesación, fijando un día concreto para dejar de

fumar (día D) entregando materiales de autoayuda, si es necesario recomendando tratamiento farmacológico y ofreciendo seguimiento.

2.8.2 Tratamientos psicosociales:

Las intervenciones psicológicas que incluyen el monitoreo de la conducta fumadora en un programa estructurado, así como el aumento de motivación, mejoran las tasas de abstinencia. Actualmente también se sabe que hay otras clases de intervención psicológica que se recomiendan en los tratamientos de cesación, ya que se ha demostrado su eficacia:

Intervenciones psicoeducacionales: incluyen la información sobre fumar y salud, sobre las estrategias de tratamiento y mantenimiento y discusiones grupales sobre estos temas.

Intervención de apoyo: incluye información sobre los éxitos del tratamiento y apoyo ante éste, la actitud de comprensión y ayuda, y el fomento de la comunicación sobre como evoluciona el intento.

Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas: incluye el reconocimiento de las situaciones de riesgo, la identificación y práctica de estrategias de afrontamiento, prescripciones conductuales y prácticas de relajación entre otros.

Intervenciones cognitivo-conductuales: incluyen cambios en los esquemas cognitivos sobre el fumar, el abandono del tabaco y las situaciones y emociones relacionadas con fumar.

2.8.3 Tratamientos para cesación tabáquica.

- **Tratamientos Sustitutivos de Nicotina (TSN)**

Consiste en la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidad suficiente para disminuir el síndrome de abstinencia.

El objetivo del tratamiento consiste en minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia, tras un período agudo. El tratamiento de reposición de nicotina se va disminuyendo gradualmente, con lo que se consigue una reducción importante en los síntomas derivados de ésta.

De acuerdo con Bobes y cols. (2003) estos tratamientos son:

- Chicle de nicotina: Proporciona una absorción bucal de la nicotina. El chicle contiene 2 o 4 mg de nicotina que se libera del soporte de la resina al masticarlo, la duración de este es de 35-45 minutos, y el pico máximo de absorción se produce a los 30 minutos, las concentraciones de nicotina obtenidas son aproximadamente una tercera parte o dos terceras partes de las que se obtienen al fumar un cigarrillo.
- Parche de nicotina: Las formulaciones transdérmicas aprovechan la fase de absorción de la nicotina a través de la piel. Aunque el comienzo de la utilización se observa una demora de aproximadamente 4 horas en su detección en el plasma, al cabo de unos 2 o 3 días alcanzan cifras de nicotinemias estables, que suelen ser la mitad de las obtenidas fumando.

Este parche tiene una duración de 16 a 24 horas, deben colocarse al iniciarse el día, en una zona sin pelo, cambiando la posición diariamente para prevenir las reacciones alérgicas, y retirarse al día siguiente los que tienen una duración de 24 horas, y al acostarse los que duran 16 horas.

La dosis de nicotina absorbida a través de los parches de 24 horas son de 21mg, 14mg y 7mg (dosis alta, media y baja), y los de 16 horas, de 15mg, 10mg y 5mg. Las dosis iniciales dependen del consumo del sujeto, posteriormente se recomienda la disminución gradual, aunque puede no ser necesario.

- Aerosol nasal: Este nebulizador contiene unas gotas que se introducen en cada fosa nasal, aportando 0,5mg de nicotina. Producen concentraciones en sangre más rápidas que el chicle, y consiguen unas concentraciones plasmáticas de unas dos terceras partes de las obtenidas con el cigarrillo. Los fumadores lo pueden utilizar las veces necesarias sin sobrepasar las 40 al día, procediendo después a su reducción progresiva.

Los efectos secundarios principales son irritación de la mucosa nasal, rinitis, estornudos, tos, lagrimeo y obstrucción nasal, que suelen desaparecer o atenuarse tras los primeros días del entrenamiento. La única contraindicación específica son las enfermedades de las fosas nasales.

- Inhalador bucal: Es un instrumento capaz de saturar el aire de nicotina antes de ser inhalado. Se obtienen concentraciones de nicotina similares a las obtenidas con el aerosol nasal, aunque de forma más lenta. Los efectos secundarios más frecuentes son la irritación faríngea y la tos, que no desaparecen hasta finalizar el uso. Una contraindicación formal de su utilización es la hiperactividad bronqueal.

El Tratamiento Sustitutivo de Nicotina TSN a largo plazo parece ser seguro y menos peligroso que el continuar fumando. Sin embargo, no existe todavía evidencia de que la reducción del tabaco permita una clara reducción de los riesgos, ni hay evidencia de que los sujetos puedan mantener esa reducción de forma indefinida, incluso con el uso de TSN.

En la actualidad los mejores métodos de tratamiento son los que combinan el uso de terapias conductuales y farmacológica, ya que la asociación de estos dos tipos de terapia incrementa la eficacia de cada una por separado.

- **Antidepresivos**

Los hallazgos sobre la asociación de estados de ánimo negativos y depresión en las muestras de fumadores han llevado a un gran interés por el estudio de diversas sustancias antidepresivas como tratamiento en la cesación tabáquica.

De entre los antidepresivos más estudiados, el *bupropión*, es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo.

La dosis útil de *bupropión* es de 300mg al día repartidos en dos tomas en comprimidos de liberación retardada, iniciándose con 150mg durante 3 días y posteriormente los 300mg, lográndose un éxito en la abstinencia de entre el 30 y 40%.

Este tratamiento debe iniciarse entre 7 y 15 días antes del día elegido para el abandono. Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia y el *craving* generado, por lo que permite elevar los índices de abstinencia con el tiempo. La dosis de 300mg/día atenúa el peso durante el periodo de tratamiento.

Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, resequedad en la boca, insomnio, náuseas y convulsiones. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de anorexia o bulimia nerviosa y en los que reciban tratamiento con fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa -MAO- (Jorenby, Leischow, et. al., 1999).

Los antidepresivos pueden mejorar la tasa de abstinencia de forma significativa; sin embargo no sabemos si estos resultados se deben al mecanismo antidepresivo específico (Bobes y cols, 2003).

- **Tratamientos con antagonistas.**

El objetivo de estos tratamientos consiste en evitar el refuerzo positivo y los efectos subjetivos que obtiene el sujeto fumando.

- Mecamylamina: es un antihipertensivo, bloqueador no competitivo de los receptores nicotínicos, tanto centrales como periféricos, que reduce los efectos subjetivos positivos de los cigarrillos, en dosis de 5-10 mg/día, los efectos secundarios son mínimos, siendo el más frecuente el estreñimiento. Aunque los resultados parecen esperanzadores, con los datos actuales no

puede recomendarse su uso sistemático, porque también se puede producir aumentos compensatorios de la conducta fumadora (Cinciripini y McClure, 1998).

- Naltrexona: es un antagonista opiode de acción prolongada. La justificación de su empleo se basa en la posible relación del sistema opiode en la acción reforzante de la nicotina y su uso con buenos resultados en otras dependencias distintas a la de los opiaceos, como es el alcohol. Algunas observaciones en el curso de tratamientos con heroinómanos y alcohólicos con naltrexona parecen evidenciar el deseo de fumar menos urgente y una mayor facilidad para conseguir la abstinencia (Gold y Herkov, 1998). Sin embargo, los datos obtenidos hasta ahora no apoyan un efecto beneficioso claro, por lo que no se recomienda su utilización sistemática (APA, 1997).

- **Otros tratamientos farmacológicos**

Se han estudiado diferentes medicamentos partiendo de diversas teorías sobre su posible efectividad.

- Clonidina: es un antagonista presináptico que disminuye la actividad simpática que se origina en el *locus coeruleus*, es uno de los fármacos más estudiado, utilizándose con eficacia en la abstinencia de opioides y alcohol.

En tabaquismo muestra que su uso en fumadores aumenta prácticamente el doble las tasas de cesación con respecto al placebo (CPG, 2000). Las dosis utilizadas van de 0,15 a 0,75 mg por vía oral, y de 0,10 a 0,20 mg por vía transdérmica y se inicia el mismo día de la cesación tabáquica o pocos días antes.

Los efectos secundarios más frecuentes son: resequedad en la boca, somnolencia, mareo y estreñimiento así como una posible disminución en la presión arterial y el riesgo de aparición de síntomas (nerviosismo, agitación, cefaleas, temblor y aumento de la presión arterial) si se produce una retirada brusca (CPG, 2000).

- Ansiolíticos: la ansiedad es un síntoma destacado de la abstinencia. El fumar reduce algunas de las medidas de ansiedad inducida por estrés. Se han probado diferentes

sustancias ansiolíticas durante las primeras semanas de cesación, por ejemplo la *bupiriona* es un agonista serotoninérgico que actúa como ansiolítico sin prácticamente efecto sedante que también ha sido estudiado y ha revelado su efecto beneficioso únicamente en sujetos con altos niveles de ansiedad previa (Cincipirini, et. al., 1995).

- **Otros tratamientos no farmacológicos.**

- Acupuntura: esta técnica puede liberar endorfinas que faciliten el abandono de tabaco. Otra razón importante es su capacidad para promover la relajación y la ansiólisis.

Sin embargo, no se ha demostrado de manera uniforme su utilidad, por lo que se recomienda como tratamiento sistémico (CPG, 2000).

- Hipnosis: implica sugerencias hechas por el terapeuta al fumador mientras permanece en trance. La terminación se lleva a cabo mediante el proceso inverso de la inducción, con el objetivo de sacar al sujeto del trance (Citado en Leal, 2004).

2.9 Tabaquismo y frustración

La baja tolerancia a la frustración es un rasgo individual y característico presente en fumadores, sin embargo no podemos darlo por hecho, ya que a lo largo de la revisión bibliográfica no se encontró ninguna investigación que apoye tal argumento, ya que dicha característica sólo es descrita como uno de los síntomas que se presenta en personas que desean abandonar el hábito (Vázquez, 1994).

Por otra parte se han realizado estudios referentes a la frustración a través del Test de Frustración de Saúl Rosenzweig, enfocadas a otros ámbitos sociales dentro de los cuales encontramos: un análisis comparativo entre dos grupos de menores infractores: inhaladores y no inhaladores del sexo masculino de entre 14 y 18 años de edad, que se encuentran en el Centro de Observación de Varones del Consejo Tutelar, en donde los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ya que el infractor ante cada frustración reacciona con un comportamiento antisocial y emite respuestas hostiles contra el mismo ambiente que se le ha impuesto (Vázquez, 1994).

Quezada (1992) realizó una investigación en dos grupos de alcohólicos anónimos, uno de recién ingreso y otro con más de tres años de pertenecer al programa, de entre 18 y 54 años, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que con la presencia del alcohol o sin ella, los individuos tienen poca tolerancia a la frustración como algo implícito en su personalidad.

En el análisis comparativo entre dos grupos de menores farmacodependientes y no farmacodependientes de entre 14 y 22 años pertenecientes al Centro de Integración Juvenil, se llegó a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la emisión de las respuestas intrapunitivas, sin embargo, si existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas extrapunitivas e impunitivas (Sánchez, 1991).

Por todo lo anterior, se puede observar la relación que existe entre diferentes tipos de adicciones y la frustración, además de ser ésta uno de los síntomas presente en los fumadores que desean abandonar el hábito tabáquico.

CAPITULO 3.

METODO

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tabaquismo, constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo (SSA/CONADIC, 2000). En el año 2000 el tabaco causó 3 millones 500 mil muertes en el mundo, es decir 10 mil muertes diarias, mientras que en el 2004 fallecieron por esta causa 5 millones de personas, 13,698 muertes diarias, de las cuales aproximadamente 150 fueron en México a consecuencia de todas las enfermedades que se asocian a esta adicción, por lo cual estas defunciones representan 10% de las muertes nacionales (www.iner.gob.mx). Se estima que siguiendo la tendencia actual los fallecimientos llegarán a 10 millones por año en el mundo entre el 2020 y el 2030.

Dicha adicción reduce los años de vida productiva por incapacidad o muerte anticipada, que genera pérdidas económicas al disminuir la fuerza laboral por enfermedad y ausentismo, problemas económicos familiares por muerte prematura de los padres. Afecta también el rendimiento académico y produce ausentismo escolar por enfermedad repetitiva de las vías respiratorias (www.iner.gob.mx).

Debido a estas causas, algunos sujetos fumadores llegan a solicitar ayuda a Clínicas especializadas para abandonar dicha adicción. Por todo lo anterior y tomando en cuenta que al comienzo del tratamiento los principales síntomas que presentan los fumadores son: ansiedad, insomnio, dolor de cabeza, irritabilidad, ira y frustración-agresión; siendo éste último, un rasgo de la personalidad que embarga al individuo cuando éste encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar en su camino hacia la satisfacción de necesidades vitales (Rosenzweig, 1934), surge el interés de hacer este estudio con el objetivo de investigar mediante el Picture Frustration Test (PFT) de Saúl Rosenzweig si existen diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas) ante la frustración en dos grupos de adultos; uno fumador y otro no fumador, además de conocer si este rasgo de personalidad es o no privativo de la población fumadora.

Por otro lado, no se han realizado investigaciones en las cuales el objetivo central de estudio sea la frustración y su relación en el consumo del tabaco, sin embargo, ha sido abordada en otros tipos de fármacos (Sánchez, 1991) y adicciones como lo es el alcohol y los

inhalantes (Quezada, 1992; Vázquez, 1994), de ahí la importancia de los resultados de esta investigación, la cual nos permite tener un panorama más amplio sobre la frustración y la manera en que la manifestamos para en un futuro realizar mejoras o implementar nuevos programas de apoyo que faciliten en mayor medida el proceso de dejar de fumar y evitar una recaída posterior.

OBJETIVO

- Determinar si existen diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas) ante la frustración entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de las respuestas ante la frustración entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores?

HIPÓTESIS

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta extrapunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

H₀₁: No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta extrapunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

H₂: Sí existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta intrapunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

H₀₂: No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta intrapunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

H₃: Sí existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta impunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

H₀₃: No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de 0.05 en la dirección de la respuesta impunitiva entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

VARIABLES

Variable Independiente:

Fumadores: personas que fumen de manera voluntaria tabaco.

No fumadores: personas que no fumen de manera voluntaria tabaco.

Cada participante de ambos grupos deberá cubrir los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

a) Grupo Fumador (GF)

- Personas entre 18 y 60 años de edad.
- Personas que sepan leer y escribir.
- Personas que acepten participar de manera voluntaria en la investigación.

b) No Fumador (GNF)

- Personas que no consuman actualmente tabaco.
- Personas que sepan leer y escribir.
- Personas que participen de manera voluntaria en la investigación.

Criterios de Exclusión para ambos grupos:

- Todas aquellas personas que se encuentren incapacitados física o mentalmente para contestar el instrumento psicológico.
- Personas con trastornos psiquiátricos o que estén bajo tratamiento medicamentoso.
- Personas con dependencia a otra sustancia.

Variable Dependiente:

Frustración/Dirección de la Agresión: Respuestas al Picture Frustration Test (PFT), dicha prueba consta de 24 láminas que asemejan a bocetos inconclusos. Cada cuadro contiene dos figuras, dispuestas de manera que siempre la que esté situada a la izquierda sea la persona frustradora, debido a que expresa algo que frustra o representa situaciones frustrantes que recaen sobre la figura de la derecha, en la cual hay un recuadro en blanco para que la persona que se examina escriba en él la respuesta que daría en cada situación.

Cada respuesta se evalúa bajo un aspecto esencial:

Dirección de la agresión:

- a) Respuesta extrapunitiva: es cuando la agresión se dirige directamente contra el ambiente.

- b) Respuesta intrapunitiva: la persona frustrada descarga toda su agresividad sobre sí misma.

- c) Respuesta impunitiva: cuyo origen está más en función de impulsos sociales que en impulsos de agresión. Tratan de disminuir el problema, dándole normalmente un giro conciliador.

PARTICIPANTES:

La muestra estuvo conformada por 90 personas, con un rango de 18 a 60 años de edad, 45 que consumen tabaco y que acudieron a tratamiento a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER (durante el período comprendido de Mayo a Noviembre del 2006) y 45 que no lo consumen.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Características	Grupo Fumador	Grupo No Fumador
Sexo	21 Mujeres 24 Hombres	30 Mujeres 15 Hombres
Edad	18-30 años: 5 participantes 31-45 años: 17 participantes 45-60 años: 23 participantes	18-30 años: 35 participantes 31-45 años: 8 participantes 45-60 años: 2 participantes
Escolaridad	Primaria: 8 participantes Sec.: 6 participantes Bachillerato: 13 participantes Lic.: 15 participantes Postgrado: 3 participantes	Primaria: 3 participantes Sec.: 5 participantes Bachillerato: 13 participantes Lic.: 24 participantes Postgrado: 0 participantes
Ocupación	Estudiantes: 2 Ama de casa: 13 Profesionista: 10 Empleado: 15 Desempleado: 4 Jubilado: 1	Estudiantes: 16 Ama de casa: 5 Profesionista: 10 Empleado: 12 Desempleado: 2 Jubilado: 0
Num. De Cigarros fumados por día	1-10: 6 participantes 11-30: 36 participantes 30 a más: 3 participantes	N/A

Edad de Inicio	10-19 años: 33 participantes 20-30 años: 12 participantes	N/A
Motivo de Inicio	Imitación: 40% Curiosidad: 33% Social: 16% Otros: 11%	N/A

MUESTREO:

Muestra no probabilística, ya que participaron un total de 90 personas que cumplieron con los criterios antes mencionados, separándolos en Grupo Fumador y Grupo No Fumador.

TIPO DE ESTUDIO:

Comparativo, ya que nos interesa conocer la dirección de la respuesta ante la frustración de dos grupos.

INSTRUMENTO:

- El Picture Frustration Test (PFT) creado en 1944 por el Dr. Saúl Rosenzweig, es una prueba proyectiva cuyo objetivo específico es explorar la personalidad en una de sus áreas: la respuesta de tolerancia o intolerancia a la frustración del tipo psicosocial. Se basa en la Teoría General de la Frustración.

Este instrumento de investigación psicológica tiene por base obtener los datos de la frustración humana por medio de imágenes.

Dicha prueba consta de 24 láminas que asemejan a bocetos inconclusos. Cada cuadro contiene dos figuras, dispuestas de manera que la persona que siempre este situada a la izquierda sea la persona frustradora, debido a que expresa algo que frustra o representa situaciones frustrantes que recaen sobre la figura de la derecha, en la cual hay un recuadro en blanco para que la persona que sea examinada escriba en el la respuesta que daría en cada situación.

Los rasgos faciales y otras expresiones de personalidad han sido omitidas intencionalmente en todos los grados. Se instruye al participante para que examine las situaciones una por una y escriba en el espacio en blanco la primera contestación que se le ocurra.

Se plantean situaciones: de bloqueo del yo (ego), es decir, que presentan un obstáculo, sea personal o impersonal, que interfiere,

decepciona, perjudica o frustra directamente al sujeto. Existen en la prueba 16 situaciones de este tipo que son las siguientes: 1,3,4,6,8,9,11,12,13,14,15,18,20,22,23 y 24.

O bien se trata de bloqueo del superyo (super-ego), por ejemplo una situación, una acusación, cargo o incriminación, que la persona de la izquierda formula contra la persona ubicada sobre la derecha del cuadro. Existen en la prueba 8 situaciones de este tipo: 2, 5, 7, 10, 16, 17,19 y 21.

Rosenzweig propone una clasificación de las frustraciones en función de la economía de la necesidad frustrada, las reacciones representan una respuesta a la amenaza implícita a la propia personalidad.

- El primer tipo de reacción corresponde a las denominadas de *necesidad persistente*, que implican una acción o pensamiento dirigidos a un objetivo.

- La segunda de *defensa ante la amenaza* que para el sujeto supone la frustración.

- La tercera reacción es cuando el individuo responde exclusivamente al problema en sí y sintiéndose incapaz tanto de defender su ego como de perseguir el objeto original, se limita a manifestarse enterado y consciente del hecho de estar frustrado. Son las respuestas de *predominio del obstáculo*.

Como por otra parte la mayoría de las reacciones de la frustración son de carácter agresivo, Rosenzweig categoriza también tales reacciones en función de la salida que da el individuo frustrado a la agresión originada por esta causa, por lo tanto cada respuesta se evalúa bajo un aspecto esencial:

Dirección de la agresión:

- a) Respuesta extrapunitiva: es cuando la agresión se dirige directamente contra el ambiente
- b) Respuesta intrapunitiva: la persona frustrada descarga toda su agresividad sobre sí misma.
- c) Respuesta impunitiva: cuyo origen está más en función de impulsos sociales que en impulsos de agresión. Tratan de disminuir el problema, dándole normalmente un giro conciliador.

MATERIAL:

- PFT:
 - Hoja de instrucciones
 - 24 láminas distribuidas en 6 páginas
 - Hoja de respuestas
- Bolígrafo

ESCENARIO:

Para el grupo de fumadores se utilizó un cubículo de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER, la cual cuenta con una dimensión de 2 x 1.5 metros, un escritorio, 2 sillas, luz blanca y ventilación.

En el caso de los no fumadores, la aplicación no fue en un escenario específico, ya que éste estuvo en función del lugar en que se encontraba la persona.

PROCEDIMIENTO:

- La muestra estuvo conformada por un Grupo Fumador (GF) y un Grupo No Fumador (GNF).

- El GF se conformó con los pacientes que acudieron a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y manifestaron su deseo de abandonar el tabaco. Con un total de 45 personas.
- El GNF estuvo constituido por 45 personas.
- En el caso del GF se contó con la autorización pertinente por parte de las autoridades correspondientes de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER, para la aplicación del instrumento (PFT).
- A cada persona de ambos grupos se le solicitó su consentimiento para participar en esta investigación de forma voluntaria. Se les mencionó que el objetivo de esta investigación era saber si existían diferencias entre fumadores y no fumadores ante situaciones frustrantes y como reaccionan ante éstas.
- Para la aplicación del PFT, se le presentó a cada participante el instrumento y se procedió a leer con él (ella) las instrucciones de la primera página, que son: "en cada una de las siguientes situaciones aparecen dos personas platicando. Solo se indica lo que dice una de ellas, trate de imaginarse lo que la otra persona le contestaría. Escriba en el espacio en blanco la primera contestación que se le ocurra. Trabaje con rapidez" (sin embargo, la prueba no especifica un tiempo límite para su contestación).

- Posteriormente se contestaron cada una de las preguntas que surgieron por parte del participante. Se le pidió que al término de este instrumento, lo hicieran saber para que una de las examinadoras lo recogiera.
- Al término de la aplicación a cada participante se le dio las gracias por su tiempo y colaboración en dicho estudio.
- La calificación se realizó por dos personas, en forma separada, es decir, se calificó dos veces cada prueba, se evaluó la confiabilidad, en base a la fórmula de:

$$\text{Confiabilidad} = \frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

El resultado fue de 89% lo cual cumple con lo requerido para considerar confiable la calificación.

Al terminó de lo anterior, se agruparon las calificaciones posibles que tiene el PFT, de la siguiente manera:

E'	<u>E</u>	e	Extrapunitiva
I'	<u>I</u>	i	Intrapunitiva
M'		m	Impunitiva

- E' La presencia del obstáculo frustrante, es señalado con insistencia (Ej. *Claro que sí me torcí*).
- E El sujeto niega agresivamente que él sea responsable de alguna ofensa que se le atribuye (Ej. *No me llames mentiroso porque no lo soy*).
- e La solución para la situación frustrante es esperada en función de otra persona (Ej. *Vamos a preguntarle si podemos ir*).
- I' El objeto frustrante no es concebido como tal, sino en cierta forma benéfico; en algunas situaciones el sujeto exagera el grado de su pena al encontrarse como causante de otras frustraciones (Ej. *No estoy bien; Me choca pedirle que se quite el sombrero*).
- I El sujeto admite su culpabilidad, pero niega cualquier falta esencial atribuyéndolo a circunstancias inevitables (Ej. *No lo hice intencionalmente*).

- i El propósito de enmienda es ofrecido, debido al sentido de culpabilidad con el objetivo de resolver el problema (Ej. *Pagaré la multa*).
- M' El obstáculo en las situaciones frustrantes es minimizado a tal grado de negar su presencia (Ej. *No tiene gran importancia*).
- m Expresa la esperanza de que el tiempo o las circunstancias normales van a resolver el problema, la paciencia y la conformidad son características (Ej. *Espero tener mejor suerte la próxima vez*).

CAPITULO 4.

RESULTADOS

En este capítulo se presenta el desglose de los resultados de las respuestas (extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva) emitidas por todos y cada uno de los participantes ante el PFT, además de los datos obtenidos por medio de la prueba estadística "t" de Student, los cuales nos permitieron tomar la decisión de aceptar o rechazar las hipótesis. Mientras que las gráficas que se presentan reflejan el porcentaje de la dirección de las respuestas de cada grupo.

DESCRIPCION DE DATOS

En la tabla 1 se muestra la sumatoria de la dirección de las respuestas: extrapunitiva, intrapunitiva e impunitivas emitidas por cada uno de los 45 participantes del grupo fumador.

GRUPO FUMADORES (GF)

PARTICIPANTE	EXTRAPUNITIVA	INTRAPUNITIVA	IMPUNITIVA
1	11	5	8
2	15	9	0
3	8	5	11
4	17	5	2
5	16	4	4
6	5	4	15
7	14	4	6
8	12	6	6
9	8	8	8
10	8	8	8
11	19	2	3

12	15	6	3
13	10	8	6
14	8	8	8
15	9	5	10
16	11	8	5
17	17	4	3
18	7	5	2
19	16	4	4
20	9	5	10
21	7	7	10
22	13	7	4
23	7	7	10
24	6	8	10
25	16	4	4
26	8	4	12
27	13	5	6
28	3	9	12
29	6	7	11
30	15	4	5
31	14	8	2
32	15	4	5
33	16	3	5
34	15	4	5
35	6	4	14
36	6	9	9
37	6	6	12
38	7	5	12
39	14	4	6
40	8	8	8
41	13	8	3
42	10	7	7
43	8	2	4
44	16	3	5
45	10	3	11

Tabla 1. Respuestas emitidas por cada uno de los participantes del grupo fumador.

La tabla 2, muestra la sumatoria de la dirección de las respuestas: extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva emitidas por cada uno de los 45 participantes del grupo no fumador.

GRUPO NO FUMADORES (GNF)

PARTICIPANTE	EXTRAPUNITIVA	INTRAPUNITIVA	IMPUNITIVA
---------------------	----------------------	----------------------	-------------------

1	9	6	9
2	8	5	11
3	16	3	5
4	4	6	14
5	10	5	9
6	8	6	10
7	15	3	6
8	7	8	9
9	4	7	3
10	5	4	15
11	11	5	8
12	6	9	9
13	17	5	2
14	6	4	14
15	16	2	6
16	9	5	10
17	7	5	12
18	14	4	6
19	14	6	4
20	9	7	8
21	12	6	6
22	1	7	16
23	19	2	3
24	10	8	6
25	3	7	14
26	14	4	6
27	3	10	11
28	10	5	9
29	12	3	9
30	13	3	8
31	12	4	8
32	15	3	6
33	12	3	9
34	6	5	13
35	13	6	5
36	5	6	13
37	5	6	13
38	2	8	14
39	8	7	9
40	6	3	15
41	8	4	12
42	9	7	8
43	6	6	12
44	13	4	7
45	9	6	9

Tabla 2. Respuestas emitidas por cada uno de los participantes del grupo no fumador.

Con el objetivo de determinar la existencia de diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva) ante la frustración entre fumadores y no fumadores, se realizó la sumatoria de las respuestas emitidas por ambos grupos (ver tabla 3).

	EXTRAPUNITIVA	INTRAPUNITIVA	IMPUNITIVA
GRUPO NO FUMADOR	422	237	421
GRUPO FUMADOR	502	254	324

Tabla 3. Total de respuestas emitidas por ambos grupos.

La Tabla 4, indica la dirección de la respuesta (extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva) y los dos grupos que se compararon (No Fumador y Fumador). Para cada grupo, la tabla informa el número de participantes, la media y desviación estándar de las respuestas que los sujetos emitieron ante las 24 situaciones frustrantes del PFT con respecto a su dirección.

Dirección de Respuesta	Grupo	Sujetos	Media	Desviación Estándar	Porcentaje
Extrapunitiva	No Fumador	45	9.38	4.33	46%
	Fumador	45	11.16	4.19	54%
Intrapunitiva	No Fumador	45	5.27	1.85	48%
	Fumador	45	5.64	1.98	52%
Impunitiva	No Fumador	45	9.36	3.47	57%
	Fumador	45	7.20	3.62	43%

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del procedimiento *Prueba t* para muestras independientes

Para el análisis de las hipótesis, se realizó la comparación entre fumadores y no fumadores por medio de la "t" de Student para dos muestras independientes, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

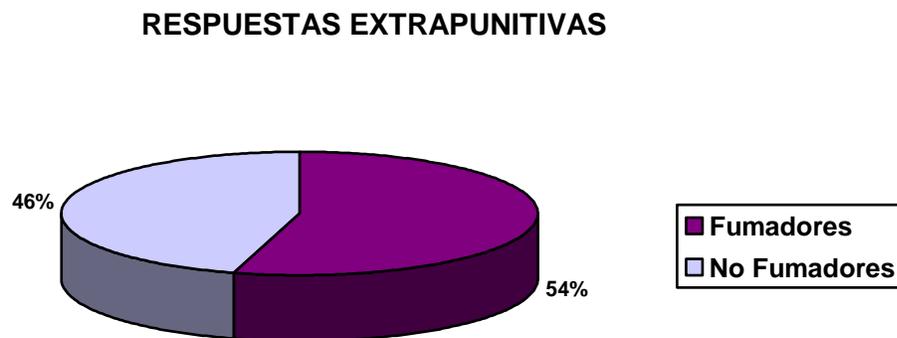
Los datos arrojados de dicha prueba se encuentran en la tabla 5, la cual indica las tres direcciones de respuesta (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas), así como el valor de "t", sus grados de libertad y su significancia.

		Prueba t para la igualdad de medias		
		T	gl	Sig. (bilateral)
Extrapunitiva	Asumiendo varianzas iguales	- 1.977	88	.051
	No asumiendo varianzas iguales	- 1.977	87.905	.051
Intrapunitiva	Asumiendo varianzas iguales	-.935	88	.352
	No asumiendo varianzas iguales	-.935	87.612	.352
Impunitiva	Asumiendo varianzas iguales	2.885	88	.005
	No asumiendo varianzas iguales	2.885	87.855	.005

Tabla 5. Resumen del procedimiento *Prueba t* para muestras independientes.

RESPUESTAS EXTRAPUNITIVAS

Con la finalidad de rechazar la **H₀₁** que establece que no existen diferencias en las respuestas extrapunitivas entre fumadores y no fumadores, se obtuvo la media y desviación estándar de cada grupo, encontrando que el Grupo Fumador obtuvo una media de 11.16, con una desviación estándar de 4.19, equivalente a un 54% del total de las respuestas emitidas, mientras que el Grupo No Fumador, obtuvo una media de 9.38 y una desviación estándar de 4.33 que representa el 46% restante (ver gráfica 1).

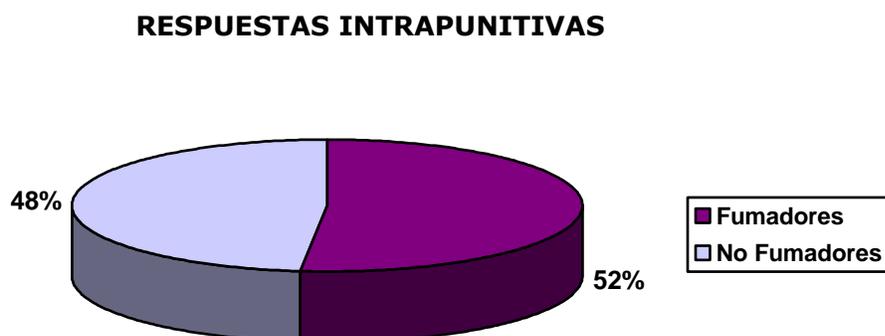


GRAFICA 1. Distribución de porcentajes de respuestas extrapunitivas

* De acuerdo al análisis estadístico de las respuestas extrapunitivas, el resultado fue: $t = 1.977$, $P = .051 > .05$, es decir, se **acepta H₀₁** debido a que no existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

RESPUESTAS INTRAPUNITIVAS

Con lo que respecta a la **H₀₂**, la cual establece que no existen diferencias en las respuestas intrapunitivas entre fumadores y no fumadores, se obtuvo la media y desviación estándar de ambos grupos, encontrando que el Grupo Fumador obtuvo una media de 5.64, con una desviación estándar de 1.98, equivalente a un 52% del total de las respuestas emitidas, mientras que el Grupo No Fumador, obtuvo una media de 5.27 y una desviación estándar de 1.85 que representa el 48% restante (ver gráfica 2).



GRAFICA 2. Distribución de porcentajes de respuestas intrapunitivas

* Con lo que respecta a las respuestas intrapunitivas, el resultado del análisis estadístico fue: $t = .935$, $P = 0.325 > .05$, es decir, se **acepta H₀₂** debido a que no existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

RESPUESTAS IMPUNITIVAS

En lo que refiere a la **H₀₃**, la cual establece que no existen diferencias en las respuestas impunitivas entre fumadores y no fumadores, se obtuvieron las medias y desviación estándar de ambos grupos, encontrando que el Grupo Fumador obtuvo una media de 7.20, con una desviación estándar de 3.62, equivalente a un 57% del total de las respuestas emitidas, mientras que el Grupo No Fumador, obtuvo una media de 9.36 y una desviación estándar de 3.47 que representa el 43% restante (ver gráfica 3).



GRAFICA 3. Distribución de porcentajes de respuestas impunitivas.

* En cuanto a las respuestas impunitivas, el resultado fue: $t = 2.885$, $P = 0.005 < .05$, es decir, se **rechaza H₀₃** debido a que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores que acuden a la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar del INER y no fumadores.

En resumen, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las respuestas extrapunitivas e intrapunitivas entre fumadores y no fumadores, por el contrario, sí se encontraron diferencias en cuanto a las respuestas impunitivas entre ambos grupos.

CAPITULO 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo inicial de este estudio fue determinar si existen diferencias en la dirección de las respuestas (extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas) ante la frustración entre fumadores y no fumadores, ya que ésta es uno de los síntomas presentes en las personas que desean abandonar el tabaquismo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, demostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los Grupos Fumador y No Fumador en cuanto a las respuestas extrapunitivas e intrapunitivas ante la frustración, sin embargo existe una ligera tendencia hacia las respuestas extrapunitivas por parte del primer grupo, debido a que éstos tienden a tolerar menos las situaciones frustrantes que se les presentan a diario, por lo que reaccionan de manera agresiva y hostil hacia el ambiente que los rodea.

Con lo que respecta a las respuestas impunitivas, los resultados confirmaron que estas fueron las únicas en las que si existen diferencias estadísticamente significativas, siendo los no fumadores quienes emitieron una mayor cantidad de éstas, ya que tratan de aminorar los

problemas dándoles normalmente un giro conciliador a las situaciones frustrantes, además de que sus reacciones están en función de lo esperado por la sociedad, por lo tanto tienen mayor tolerancia a la frustración que los fumadores.

Se puede argumentar que la frustración no es un rasgo exclusivo de los fumadores ya que en la actualidad todos nos enfrentamos a presiones socioculturales y personales ante las cuales tenemos que reaccionar emitiendo comportamientos que nos permitan proteger nuestra integridad física y mental, sin embargo, la forma en la que lo hacemos varía, las personas fumadoras reaccionan de forma más extrapunitiva, por lo que demuestran ser menos tolerantes a la frustración, mientras que los no fumadores reaccionan impunitivamente por lo que suelen ser más tolerantes.

Por otra parte, debemos considerar que en la presente investigación hubo diferencias notables que pudieron haber afectado los resultados, dentro de los cuales están: la **edad** ya que la mayoría del Grupo Fumador se encontró en un rango de 46 a 60 años mientras que en el Grupo No Fumador su rango fue de 18 a 30 años, lo cual nos indica que las personas que desean abandonar el hábito, son en su mayoría adultos

mayores que presentan problemas de salud y que por recomendaciones medicas tienen que poner un alto a dicha adicción.

Con lo que respecta a la **escolaridad**, encontramos que la mayoría de los no fumadores de nuestra población cuentan con la licenciatura, lo que nos lleva a suponer que tienen mayor acceso a la información ó mayor conocimiento de las consecuencias de fumar tabaco, sin embargo, esto no implica que teniendo mayor escolaridad, sean inmunes a dicha adicción, lo cual se puede ver reflejado en los sujetos fumadores de postgrado, quienes a pesar de tener mayor grado de conocimientos, son victimas de este habito.

Al comparar las investigaciones realizadas anteriormente, con el presente estudio encontramos que Quezada (1992) comparó dos grupos de alcohólicos anónimos (AA), uno de recién ingreso y otro con más de tres años de pertenecer a dicho programa, concluyendo que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre estos, ya que con la presencia del alcohol o sin ella, los individuos tienen poca tolerancia a la frustración como algo implícito en su personalidad.

Sin embargo, encontró que sí existen diferencias en cuanto a la emisión de los tres tipos de respuestas ante la frustración. Lo anterior concuerda con el presente estudio debido a que se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las respuestas impunitivas y difiere con respecto a la dirección de las otras dos respuestas. No obstante, la similitud de las muestras, las cuales estuvieron conformadas por sujetos de 18 a 54 años y de 18 a 60 años respectivamente, se comprobó que el factor más importante no es el tipo de adicción, sino las formas en que cada persona dirige su agresión, considerando las características de la situación frustrante.

Por otra parte, Vázquez (1994) comparó un grupo de menores infractores (inhaladores y no inhaladores) demostrando que los primeros poseen baja tolerancia a la frustración reflejando así diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a la dirección extrapunitiva, es decir, respuestas agresivas hacia el exterior, mientras que Sánchez (1991), argumenta que el menor infractor ante cada frustración reacciona con un comportamiento antisocial y emite respuestas hostiles (extrapunitivas) frente al ambiente que se le ha impuesto y en el que se ha desarrollado utilizando mecanismos adaptativos, que le permitan integrarse al mismo.

Aun cuando las poblaciones y las problemáticas son diferentes entre estos estudios, concordamos en que existe una ligera tendencia a emitir respuestas extrapunitivas por parte de los fumadores en comparación con los no fumadores.

Cabe aclarar que la diferencia más representativa entre estos estudios fue nuevamente la edad, ya que en el análisis comparativo de Vázquez (1994) la muestra estuvo conformada por menores infractores de entre 14 y 18 años; y la de Sánchez de 14 a 22, mientras que en la presente investigación, se abarco un rango de edad más extenso: de 18 a 60 años.

La relevancia de la edad se debe a que dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentren las personas, su comportamiento cambia, es decir, los menores infractores reaccionan de manera más agresiva hacia el entorno debido a que en la adolescencia se presentan varios cambios emocionales (Sánchez, 1991), por lo tanto, la agresión es menos notable conforme se entra en la etapa adolescente, debido a las inhibiciones propias de la etapa, pero que al mismo tiempo que van disminuyendo van aumentando las reacciones hostiles indirectas, haciéndose más predominantes las reacciones intrapunitivas e impunitivas (Rosenzweig, 1934).

Otra de las diferencias que se ven reflejadas, es el nivel socioeconómico de las muestras, ya que al tratarse de inhaladores, su nivel socioeconómico es bajo, debido a la accesibilidad de las sustancias que consumen (cemento, thinner, marihuana, pvc.), mientras que la población que acude a la clínica de ayuda para dejar de fumar del INER cuenta con un nivel socioeconómico medio-alto a alto, debido al costo del tratamiento.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir entonces, siendo aplicable a nuestra muestra que:

- a) No existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores y no fumadores en cuanto a la dirección de la respuesta extrapunitiva.
- b) No existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores y no fumadores en cuanto a la dirección de la respuesta intrapunitiva.
- c) Si existen diferencias estadísticamente significativas entre fumadores y no fumadores en cuanto a la dirección de la respuesta impunitiva.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

- No se encontraron estudios previos que relacionen la frustración-agresión con tabaquismo, para poder discutir similitudes y discrepancias.
- El PFT que mide la frustración-agresión es una versión muy atrasada y no está estandarizado ni validado para la población adulta mexicana, ya que únicamente se encuentra validada en una población adolescente.
- La temporada en que se trabajó en la Clínica de Ayuda para Dejar De Fumar del INER (Mayo - Noviembre) fue de baja demanda.

SUGERENCIAS

- Aún cuando la muestra de nuestro estudio fue la adecuada, se observa la necesidad de hacer más investigaciones con población similar aumentando el número de participantes para mayor confiabilidad de los resultados.

- Para que el número de participantes sea mayor se recomienda asistir a la Clínica a principios de año, que es cuando la demanda es elevada.
- Se sugiere que el PFT de Saúl Rosenzweig sea estandarizado y validado en la población adulta mexicana, para así mejorar los resultados de investigaciones futuras y poder incluir en la interpretación el índice de conformidad del grupo.
- Además se recomienda que el PFT sea utilizado con otro instrumento con el que pueda apoyarse para mayor confiabilidad.
- Tener mayor control de las características sociodemográficas de la población e incluso considerarlas como variables en la investigación.
- Empatar los grupos por edad.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1997). Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con dependencia de nicotina. Barcelona: Edika Med.
- ARIAS, T.; Martínez, R. (1988), Prevalencia de la depresión, ansiedad y frustración en relación a niveles de daños en una situación de desastre. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- BECOÑA, E.; Palomares, A.; García, M. (2000). Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Pirámides.
- BERRUM, H. (1966). Traducción y adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM.
- BLEGER, J. (1981). Psicología de la conducta. Buenos Aires: Paidós.
- BOBES, G. J.; Casas, B. M.; Gutiérrez, F. M. (2003). Manual de evaluación y tratamiento de la drogodependencia. Barcelona: Ars Médica.
- BONINO, S. M. (1998). La frustración en la dinámica del desarrollo. Barcelona: Herder.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. (2003). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- CINCIRIPINI P.M, McClure J.B.(1998).Smoking cessation: recent developments in behavioral and pharmacologic interventions. Oncology; 12: 249-270.
- CINCIRIPINI P.M, Lapitsky L, Seay S, wallfisch A. Meyer III WS, Van Vunakis H. (1995). A placebo-controlled evaluation of the effects of bospirone on smoking cessation: differences between hig- and low- anxiety smokers. J Clin Psychopharmacol.; 15: 182-191.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. (2000). Treating Tobacco use and Dependence. U.S. Departamen of Health and Human Services

COFER, C.N.; Appley M.H. (1982). Psicología de la motivación. México: Trillas.

COLEMAN, V. (1988). Adictos y adicciones: causas, consecuencias y soluciones del mayor problema de salud pública. México: Grijalbo.

DIAZ-GUERRERO, R. (1972). Hacia una teoría histórico-bio-psico-sociocultural del comportamiento humano. México: Trillas.

ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES. (2002). Tabaco, alcohol y otras drogas. México: CONADIC-SS.

FAJARDO, P. Y. (1995).Tabaquismo y personalidad. Tesis de Maestría Facultad de Psicología, UNAM.

GAGO, H. A. (1965). La frustración como factor de personalidad. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM.

GIL, R. J. N.; Calero, G. M. D. (1994). Tratamiento del tabaquismo. México: McGraw-Hill.

GOLD, M.S; Harkov, M.J. (1998). Tobacco smoking and nicotine dependence: biological basis for pharmacotherapy from nicotine to treatments that prevent relapse. J. Addic. Dis: 17; 7-21.

HERNANDEZ, C. B; Martínez, B. N. (1981). Estudio de la frustración a través de la prueba del Dr. Saúl Rosenzweig en el medio obrero patronal de una fábrica textil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

IRIZARRY, P.I. (1993). Dirección en que expresan la agresión hombres mexicanos de 35 a 45 años. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

JORENBY, D.E., Leischow S.J., et al. (1999). A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N. Engl J. Med. 340: 685-691.

LANDA, R.P; Segura B.C; Zamora C.M. (1986). Consideraciones sobre el manejo de la Frustración – Agresión en una comunidad suburbana. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

LEAL, B. B. (2004). Niveles de asertividad en una población fumadora que acude a tratamiento para dejar de fumar. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM.

LEWIN, K. (1969). Dinámica de la personalidad. Selección de artículos (1890- 1947). Madrid: Morata.

LORENZO, P; Ladero, J.M; Leza, J.C; Lizasoain, I. (1998). Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. España: Médica Panamericana.

MARTINEZ, G. (1995). La motivación al logro como resultado de un tratamiento para dejar de fumar. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1997). Tobacco or Health: a global status reportS. Geneva: OMS.

PARDO, M.A.; Ruiz, D.M. (2002). SPSS 11.Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill.

QUEZADA, B. V. (1992). Nivel de tolerancia a la frustración en dos grupos de alcohólicos anónimos, uno de recién ingreso y otro con de más de tres años de pertenecer al programa medido a través del test de Rosenzweig. Tesis de Lic. Escuela de Psicología, Universidad Femenina de México.

REAL, D. (2002). Tabaquismo y sus motivos de mantenimiento desde la perspectiva de género en adolescentes de la UVM de Xochimilco. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, México:UNAM.

ROSENZWEIG, Saúl. (1934). Manual del Test de Frustración (PFT). Buenos Aires: Paidós.

RUCH, F. L. (1975). Psicología y vida. México: Trillas.

SANCHEZ, O. (1991). Nivel de tolerancia a la frustración en jóvenes adolescentes del sexo masculino farmacodependientes y no farmacodependientes. Tesis de Lic. Escuela de Psicología. Universidad Femenina de México.

SELYE, H. (1956). La tensión en la vida -el estrés-. Argentina: Fabril Editora.

SSA/CONADIC. (2000). Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo. Secretaria de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. 110 p.p.

VISAUTA, V. B. (2002). Análisis estadístico con SPSS 11.0 para Windows. Madrid; México: McGraw-Hill.

VAZQUEZ, V. L. (1994). Análisis comparativo entre dos grupos de menores infractores: inhaladores y no inhaladores, respecto a una ejecución del Test de frustración de Rosenzweig. Tesis de Licenciatura. Facultad de estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

YEPEZ, G.N. Estudio de validación del Test de Tolerancia a la Frustración para adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, México: UNAM, 2000.

WHITTAKER, J. (1977). Psicología. México: Interamericana, Tercera Edición.

Recuperado de www.iner.gob.mx

Recuperado de www.tabaquismo.freehosting.net

ANEXO

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M ___ H ___ FECHA: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

FUMA: SI ___ NO ___ No. DE CIGARROS QUE FUMA AL DIA: _____

EDAD DE INICIO: _____ MOTIVO DE INICIO: _____

ROSENZWEIG P. F. STUDY FORMA PARA ADULTOS

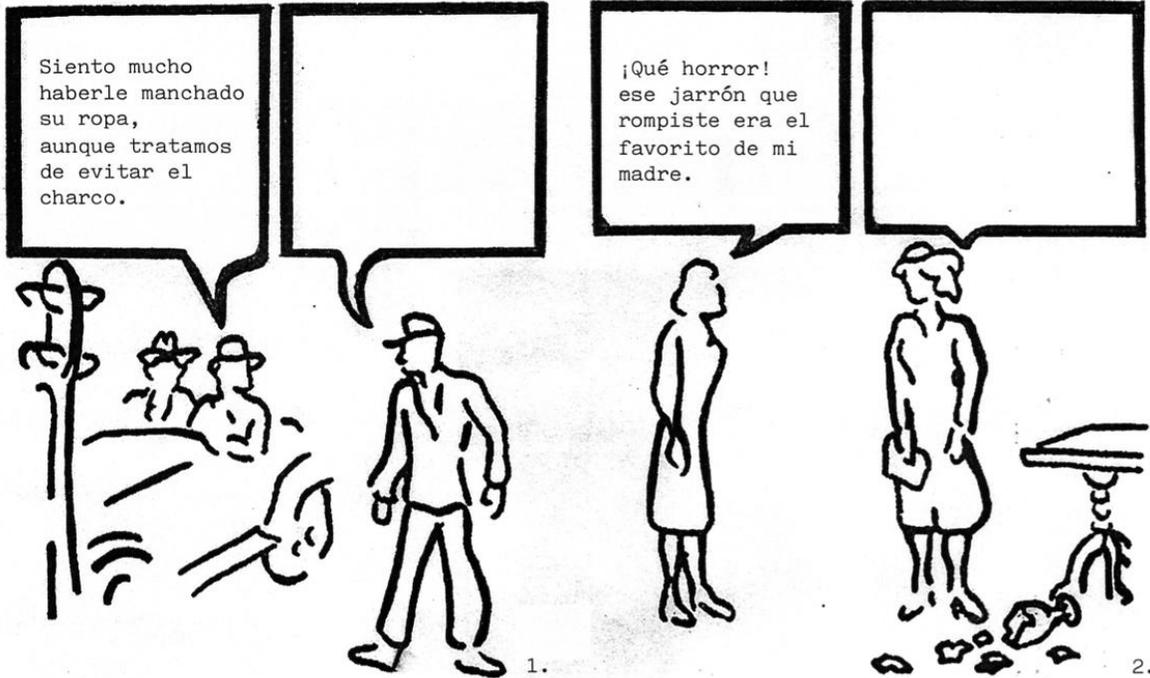
ADAPTACION A MEXICO POR
MA. TRINIDAD BERRUM H.

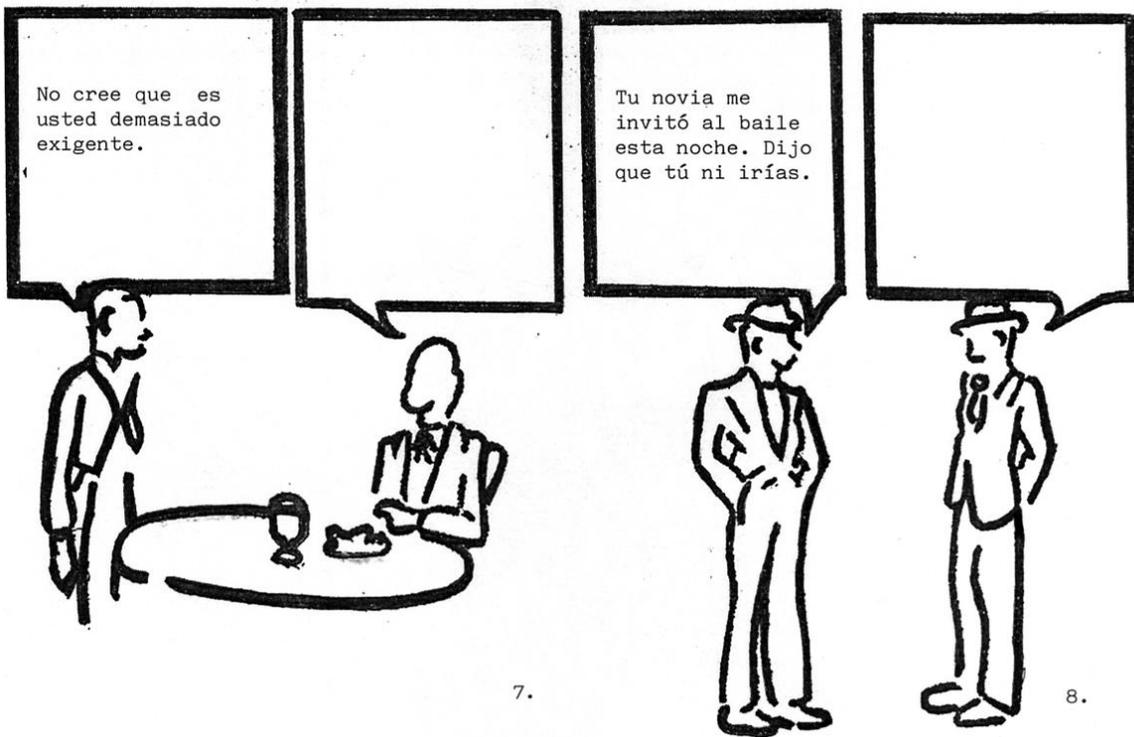
INSTRUCCIONES

EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APARECEN DOS PERSONAS PLATICANDO. SOLO SE INDICA LO QUE DICE UNA DE ELLAS, TRATE DE IMAGINARSE LO QUE LA OTRA PERSONA CONSTESTARIA. ESCRIBA EN EL ESPACIO EN BLANCO LA PRIMERA CONTESTACION QUE SE LE OCURRA. TRABAJE CON RAPIDEZ.

DIRIGIDA POR:
DR. ROGELIO DIAZ- GUERRERO

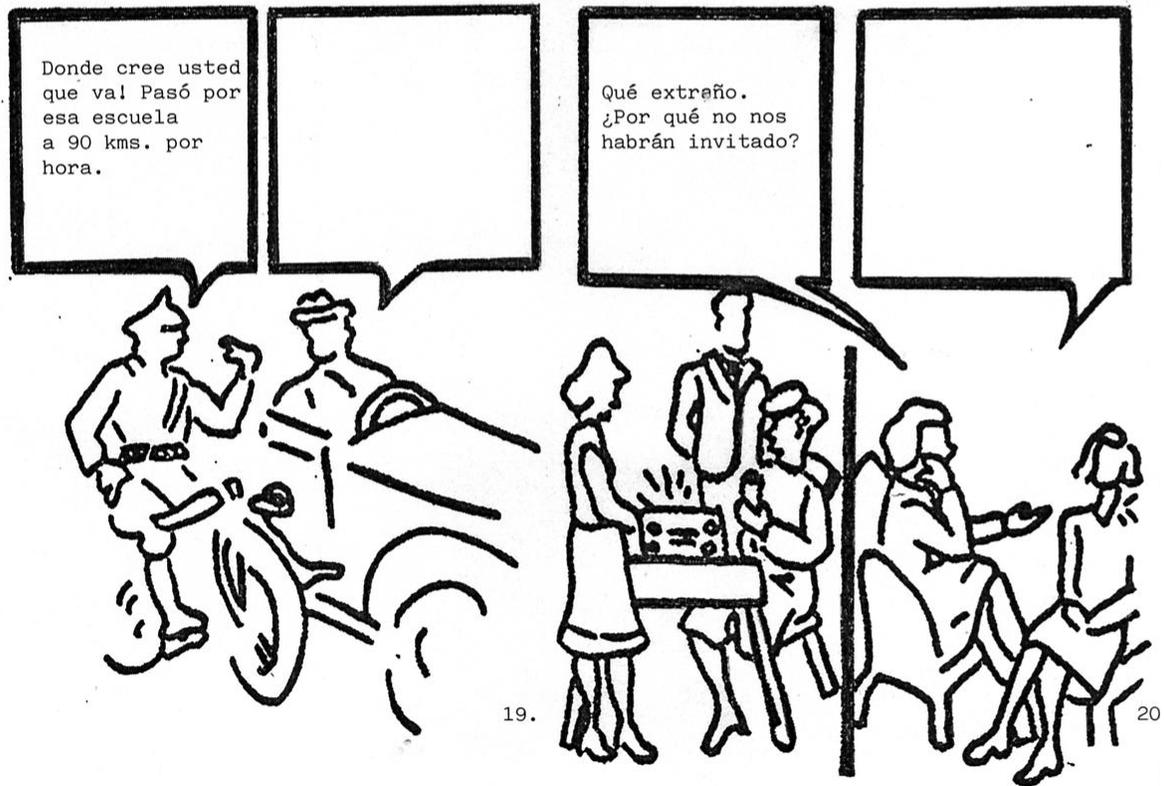
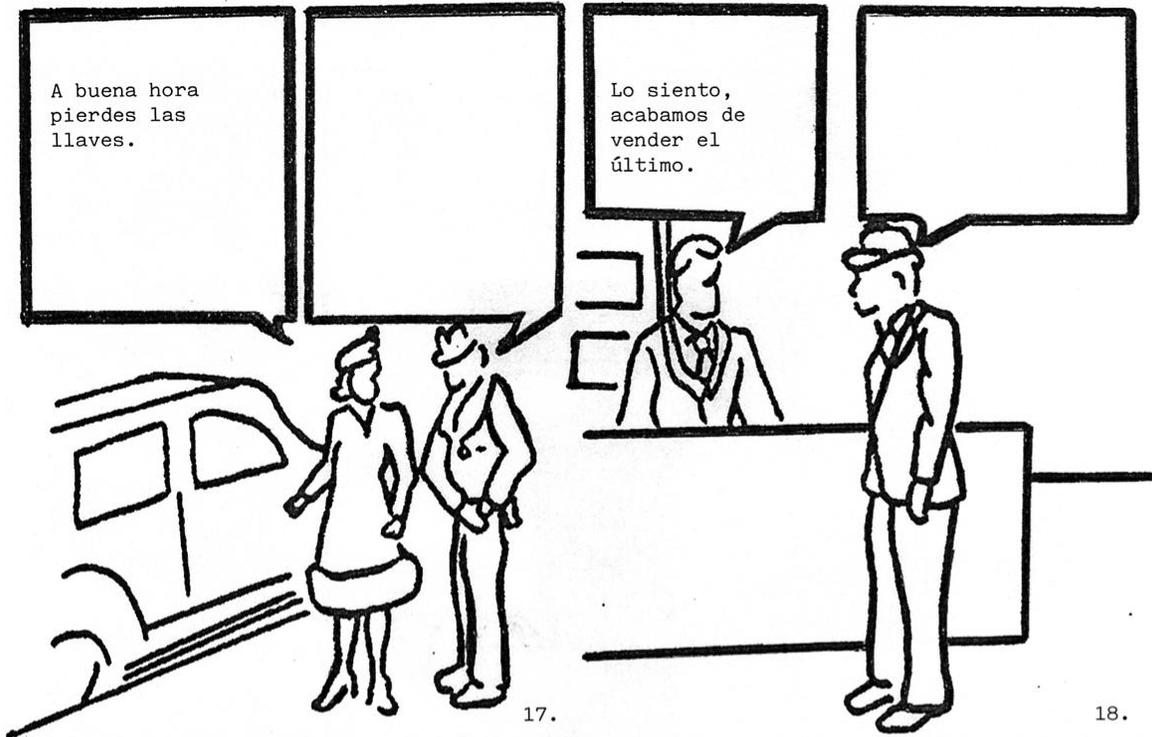
MEXICO, 1964, U.N.A.M.













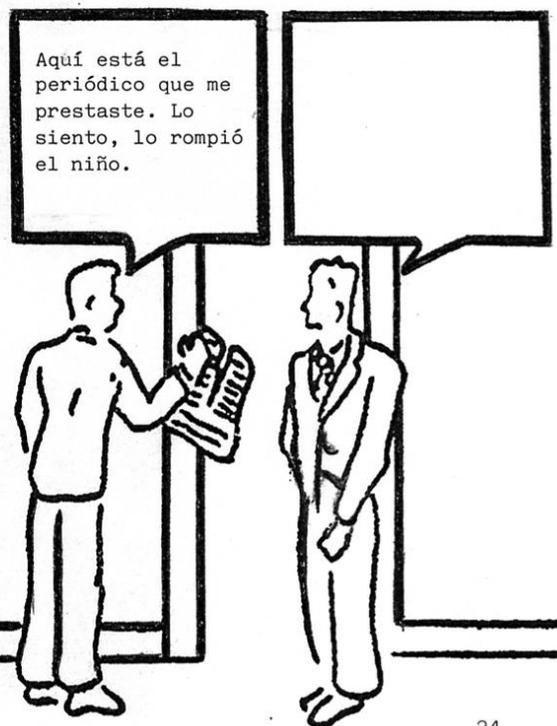
21.



22.



23.



24.

TEST DE ROSENZWEIG
PROTOCOLO DE REGISTRO

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: M _____ H _____ FECHA: _____

RESPUESTAS

1		13	
2		14	
3		15	
4		16	
5		17	
6		18	
7		19	
8		20	
9		21	
10		22	
11		23	
12		24	

