



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO COMO INTERVENCIÓN PARA  
REDUCIR LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD Y LA CONDUCTA  
DE FUMAR**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**RANGEL VILLAFAÑA JOSÉ NAHUM**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS**

**REVISOR: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**

**ESTA TESIS SE REALIZÓ CON AYUDA DEL PROGRAMA DE APOYO PARA LA  
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PAPIIT) IN304309**

**México, D.F. Marzo de 2011**



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 Universidad Nacional Autónoma de México, mi segundo hogar. Ya que me albergo entre sus filas por casi ocho años. Su calor y su cobijo me hacen sentir privilegiado de pertenecer a la mejor universidad del país. Por esto, con orgullo afirmo que mi sangre es azul y mi corazón es oro.*

*A mis profesores, corresponsables de mi formación como psicólogo. Sus enseñanzas representan los cimientos sobre los cuales descansará mi ejercicio profesional. Además, expreso mi fortuna, debido a que tuve el honor de ser discípulo de los expertos más importantes en la materia. Pero especialmente, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, gracias por su apoyo y permitirme trabajar a su lado. Se transformó en un modelo a seguir, al cual aprecio, admiro y respeto. Sin su guía, no se hubiera completado este trabajo.*

*De igual forma, gracias Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola, Lic. Ena Erendira Niño Calixto y Lic. Leticia Echeverría San Vicente. Sus observaciones y aportes fueron de suma importancia para concluir este escrito.*

*A mi familia. El respaldo emocional, económico y académico que me brindaron, son los pilares que sostienen este logro y toda mi vida académica. Gracias mamá, gracias papá, por ayudarme a comprender que mi formación académica representa mi única y mejor herencia. Ello me hace valorarla tanto como sus consejos. Mi amor y respeto por ustedes han guiado y guiará mi proceder como persona.*

*Gracias hermano, por ser mi compañero de toda la vida. Sé que en cualquier situación estarás ahí para ayudarme. Sabes que tus contribuciones fueron determinantes para que alcanzaré esta meta.*

*A mi novia. Porque no solo eres mi novia sino mi amiga, mi confidente, compañera de trabajo, mi cómplice y el amor de mi vida. Tu presencia hizo que mi etapa en la universidad fuera de las más*

*hermosas de mi vida. Tu apoyo contribuyó en sobremanera, no solo a alcanzar esta meta, sino a que fuera un divertido y magnífico proceso.*

*A mis amigos. Son personas sumamente importantes para mí. Ya que compartimos infinidad de vivencias, algunas alegres, otras no lo fueron tanto. Sin embargo, todas ellas nos ayudaron a madurar, llevándonos a ser mejores personas.*

## INDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Capítulo 1. Ansiedad</b>	
Definición de ansiedad.....	6
Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	9
<b>Capítulo 2. Sensibilidad a la ansiedad</b>	
Definición y panorama de la sensibilidad a la ansiedad.....	12
<b>Capítulo 3. Condicionamiento Encubierto, Autocontrol y Asertividad</b>	
Definición y supuestos básicos.....	16
Sensibilización Encubierta (SE).....	18
Tratamiento de la conducta de fumar a través de SE.....	21
Autocontrol.....	22
Asertividad.....	24
Intervención cognitivo-conductual en grupos.....	27
El cambio clínico en las intervenciones psicológicas.....	29
<b>Capítulo 4. Tabaquismo</b>	
Una breve introducción al tabaquismo.....	30
Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar.....	31

Abordaje psicosocial del tabaquismo.....	36
Tratamientos psicológicos del tabaquismo.....	39
Sensibilidad a la ansiedad y tabaquismo.....	42
<b>Método</b>	
Planteamiento del problema y justificación.....	44
Objetivo.....	46
Hipótesis.....	46
Variables.....	48
Diseño de investigación.....	49
Participantes.....	49
Escenario.....	50
Instrumentos.....	50
Materiales.....	51
Procedimiento.....	51
<b>Resultados</b> .....	53
<b>Discusión</b> .....	57
<b>Conclusiones</b> .....	61
<b>Referencias</b> .....	62
<b>Anexos</b> .....	65

## Resumen

La sensibilidad a la ansiedad es un problema que puede predisponer a las personas a sufrir algún tipo de crisis de ansiedad, además los lleva a buscar reductores de ansiedad, lo que representa un fenómeno de gran prevalencia. El factor físico de la sensibilidad a la ansiedad es un confiable predictor de la conducta de fumar por lo que tratar este aspecto reducirá la mencionada conducta. Por otro lado, es sabido que el tabaquismo es un problema de gran impacto y trascendencia social (Encuesta nacional de adicciones, 2008). Por lo que se realizó una intervención basada en el condicionamiento encubierto, autocontrol, relajación y asertividad. Se trató de un estudio preexperimental de pretest-postest en grupos repetidos, formando una muestra de 10 participantes constituida por 7 hombres y 3 mujeres, el rango de edades va de 18 a 60 años. En ellos, se redujo la sensibilidad a la ansiedad y de esta manera la conducta de fumar. Se utilizó el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad 3 (ASI-3), el Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 (WISDM-68), el Cuestionario de Historia de Fumar (CHF) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para comprobar la disminución en las conductas tratadas.

Palabras Clave: Condicionamiento encubierto, autocontrol, relajación, asertividad, sensibilidad a la ansiedad, tabaquismo.

## Introducción

La época en la que nos encontramos está regida por un sin fin de factores que obstaculizan la existencia del ser humano. Esto puede producirles ansiedad, la cual se entiende como una manifestación de la respuesta condicionada a una situación temida (Stein, 2004).

Por otro lado, es interesante estudiar un constructo que está íntimamente relacionado con la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad que inicial y coloquialmente fue entendida como el “miedo al miedo” (Reiss y McNally, 1985).

Como Andrews (1994) lo refiere, los trastornos de ansiedad no implican solo estar ansioso, se refieren a preocupaciones irracionales y a evitar situaciones que son la causa de dichas preocupaciones. Por ejemplo las personas que sufren de un trastorno de pánico se preocupan de que la crisis característica del padecimiento derive en una catástrofe personal, este tipo de sujetos son identificados como sensibles a la ansiedad.

Por otro lado, es medular considerar la conducta de fumar y la frecuencia con la que se presenta en la población en general. Como ejemplo están los universitarios, pues se ha encontrado que dicha conducta aumentó de un 70.6% en 1982 (Castro y Maya, 1982) a 75.7% en 2002 (Quiroga, Mata, Reidl, Zepeda, Cabrera y Herrera, 2007), además de ser una de las drogas preferidas por esta población.

Lo descrito anteriormente marca la dirección del presente trabajo, pues se encontró que la sensibilidad a la ansiedad es una variable significativa en la predicción del consumo del tabaco en dos momentos, con la primera vez que se



fuma y cuando la conducta de fumar se establece de manera cotidiana (Jurado, Jurado y Campos, 2008).

Basado en lo anterior, la psicología ha desarrollado múltiples tratamientos para lograr un cambio en los patrones de consumo de tabaco en la población. Uno de ellos es el condicionamiento encubierto creado por Joseph Cautela en 1967, el cual ha demostrado su eficacia en diferentes problemas emocionales, entre ellos el tabaquismo (Upper y Cautela, 1983). Además, al combinar el condicionamiento encubierto con algún otro tratamiento por ejemplo el autocontrol, su efectividad aumenta (Gil, 1994).

## Capítulo 1. Ansiedad

### ***Definición de Ansiedad***

La ansiedad tiene una multitud de definiciones. Los elementos comunes que abarca este concepto como descriptores son: un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de signos simpáticos, como dolor torácico, palpitaciones y disnea, un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal, la aprensión o miedo patológicos, las dudas propias sobre la naturaleza y el peligro, la creencia en la realidad de la amenaza y periodos con menor capacidad de afrontamiento (Stein, 2004).

El rasgo característico del paciente ansioso, es la percepción de una gran amenaza y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real. Dicho de otro modo, los individuos con algún trastorno de ansiedad perciben una amenaza y reaccionan ante ella a pesar de su inexistencia. Según Stein (2004), esta última característica es lo que diferencia al miedo de la ansiedad, debido a que el miedo es definido como una respuesta a un estímulo con una validez consensuada, mientras que la ansiedad es una respuesta de índole más idiosincrásica, es decir, depende de las características individuales y el contexto socio-cultural de cada persona.

Es sumamente importante dejar en claro que la ansiedad es una experiencia humana universal, sin embargo, su evocación no implica necesariamente la presencia de un trastorno con repercusión clínica. Para comprender este factor es necesario conocer la definición de trastorno. Este concepto se describe como patrones conductuales o psicológicos con repercusión clínica, se acompaña de

malestar o alguna discapacidad, tal vez de un riesgo significativamente elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de la libertad. El trastorno implica una duración, una frecuencia, un número y una intensidad de los síntomas que deben resultar suficientemente significativos para mermar la calidad de vida de la persona DSM-IV (APA, 1995).

Para entender el fenómeno de la ansiedad y la naturaleza de los trastornos de ansiedad desde una perspectiva cognitiva es esencial revisar algunos supuestos básicos. El enfoque cognitivo conductual propone ideas acerca de la ansiedad, su evocación y su importancia (Stein, 2004):

1. El miedo, cuando se evoca ante un peligro objetivo, es una respuesta emocional con un significado adaptativo para la especie humana. Es un mecanismo de supervivencia.
2. La ansiedad se evoca en respuesta a una percepción errónea o exagerada de peligro. Si dicha respuesta no se presenta, se considera un defecto de adaptación.
3. Las personas con trastornos de ansiedad tienden a emitir falsas alarmas que crean un estado relativamente constante de activación emocional, tensión y malestar subjetivo. Estas “ráfagas” mantienen al organismo en un estado de alerta.
4. Los sistemas cognitivos, fisiológicos, motivacionales, afectivos y conductuales contribuyen al episodio particular de ansiedad y se encuentran interrelacionados.
5. El sistema cognitivo desempeña una misión vital y esencial en la evaluación del peligro, de los recursos y en la activación de los sistemas fisiológicos,

motivacional, afectivo y conductual; cada uno de ellos cumple funciones esenciales.

6. El sistema cognitivo influye a través de pensamientos involuntarios repetitivos, no premeditados y rápidos o de imágenes que pasan inadvertidas para el sujeto (salvo que preste atención) y que éste acepta sin ninguna duda ni vacilación.

7. Los pensamientos automáticos provienen de las estructuras cognitivas más profundas, denominadas esquemas, que son las creencias o supuestos básicos.

8. Los pensamientos automáticos y los esquemas pueden ser específicos de un trastorno, entre las personas con ansiedad, reflejan temas de amenaza y peligro.

9. Las reacciones y los trastornos de ansiedad se pueden entender de forma más completa y parsimoniosa esclareciendo los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y los supuestos de partida del sujeto.

10. En las situaciones propicias, las personas con trastornos de ansiedad tienden a activar los esquemas de peligro o amenaza, con los que seleccionan los estímulos indicadores de peligro y desechan los estímulos incompatibles con él.

11. Las personas con trastorno de ansiedad pierden la objetividad y la capacidad para evaluar las cogniciones asociadas al peligro de una forma racional y realista.

12. Las personas con trastornos de ansiedad cometen errores sistemáticos al procesar la información, por ejemplo, a través del catastrofismo, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico y la extracción de inferencias arbitrarias.

13. Se puede decir que las personas con trastorno de ansiedad padecen una anomalía de la activación (arousal) causada por un fenómeno de hipersensibilidad neurológica que se asienta en el sistema límbico. Esta hipersensibilidad

representa, en esencia, una reducción del umbral para la excitación o un estado patognomónico de activación excesiva del circuito límbico o de la vía eferente neurológica, neuroendocrina o endocrina.

14. El fenómeno de la hipersensibilidad neurológica del sistema límbico puede llegar a generar un trastorno de ansiedad en virtud de un proceso facilitador (kindling), por el cual la estimulación repetida de dicho sistema reduce el umbral (y aumenta la probabilidad) de su activación; la labilidad afectiva, la hiperreactividad del sistema nervioso autónomo y las manifestaciones conductuales asociadas son un reflejo de todo lo anterior.

15. El fenómeno de hipersensibilidad neurológica del sistema límbico de una persona con trastorno de ansiedad puede obedecer a distintas causas que determinen una excitación repetida de las estructuras límbicas o una estimulación aguda de la naturaleza traumática. Entre los elementos causales se encuentran los acontecimientos ambientales, los factores cognitivos, afectivos y las características de la personalidad.

### ***Clasificación de los Trastornos de Ansiedad***

Con la publicación del DSM-IV (APA, 1995), en la actualidad se conocen un total de 12 categorías formales de trastornos de ansiedad que serán analizadas brevemente a continuación. Sin embargo, se ha planeado la inclusión de una decimotercera categoría; el trastorno mixto ansioso-depresivo para el DSM-V. La clasificación actual es la siguiente (APA, 1995):

- Trastorno de angustia sin agorafobia. Está caracterizado por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que generan un estado permanente de preocupación al paciente.
- Trastorno de angustia con agorafobia. Este trastorno se ve caracterizado por la presencia de crisis de angustia y agorafobia recidivantes e inesperadas. La agorafobia está determinada por la aparición de ansiedad o conductas de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o vergonzoso.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Se encuentra determinada por la presencia de agorafobia y síntomas parecidos a la angustia, esto en individuos sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- Fobia específica. Se ve establecida por ansiedad clínicamente significativa en respuestas a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, dicha temor causa conductas de evitación.
- Fobia social. Está caracterizada por la aparición de ansiedad clínicamente significativa como respuestas a determinadas situaciones sociales o actuaciones en público, lo que genera comportamientos de evitación.
- Trastorno obsesivo-compulsivo. Como su nombre lo denota, se muestran obsesiones que causan ansiedad y malestares significativos y/o compulsiones cuya función es neutralizar la mencionada ansiedad.
- Trastorno por estrés postraumático. Se determina por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos en demasía, dichos síntomas se deben al

aumento de la activación (arousal) y conductas de evitación de los factores relacionados con el trauma.

- Trastorno por estrés agudo. Los síntomas que lo caracterizan son similares a lo expresado en trastorno por estrés postraumático, estos aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada. Se determina por la presencia de ansiedad, preocupaciones excesivas y persistentes en un periodo mínimo de 6 meses.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Los síntomas que caracterizan este trastorno son los considerados secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Los síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico son los que caracterizan este trastorno.
- Trastorno de ansiedad no especificado. Esta categoría se incluyó debido a que engloba los trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad antes descritos.

## Capítulo 2. Sensibilidad a la Ansiedad

### ***Definición y Panorama de la Sensibilidad a la Ansiedad***

La sensibilidad a la ansiedad (SA) es un constructo que se ha estudiado durante poco más de dos décadas, el cual hace referencia a la creencia de que experimentar sensaciones corporales asociadas con la ansiedad o el miedo, provocan consecuencias adversas tales como la muerte, el desarrollo de enfermedades o el rechazo social. Es un constructo basado en la suposición de que ciertos síntomas tienen consecuencias dañinas. De este modo podemos decir que la sensibilidad a la ansiedad es una variable individual que predispone a la creencia de que experimentar ansiedad o miedo puede llevar a enfermarse, a sentir vergüenza (incomodidad social) o a generar ansiedad adicional (Reiss y McNally, 1985).

El antecedente principal sobre el que se ha desarrollado la sensibilidad a la ansiedad se relaciona con los informes de lo que se denominó “miedo al miedo”. Dicha propuesta englobaba la tendencia de los individuos a temer los estímulos asociados con la presencia de un evento amenazante. Es decir, que ante un ataque de ansiedad recurrente los individuos comenzaban a temer la presencia de los síntomas aversivos tanto como a las causas que le daban origen.

Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986), encontraron que la sensibilidad a la ansiedad se diferenciaba del constructo general de ansiedad y que comprendía más que la simple frecuencia a presentar síntomas relacionados con la misma (taquicardia, sensación de desmayo, temblores, etc.).



Además de ello, se dice que la sensibilidad a la ansiedad es una variable presente en todos los individuos. Por lo tanto, puede variar el grado de intensidad de una persona a otra. Por dicho motivo, no es necesario experimentar un ataque de pánico o ansiedad extrema para presentarla, sino que su presencia se ha relacionado con el aprendizaje social y con la historia de vida que se tenga (Lilienfeld, Turner, Jacob, 1993).

Retomando lo anterior, recientemente se postula que la sensibilidad a la ansiedad es independiente del constructo de ansiedad general, de relevancia en el desarrollo de trastornos de pánico, diferente de emocionalidad negativa (Leenfeldner, Feldner, Bernstein, McCormick y Zvolensky, 2005) y compuesta por tres factores.

Estos factores son las preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y las preocupaciones sociales. Dichas áreas son tomadas en cuenta en el trabajo de Taylor, Cox, Holaway, Stewart, Eng, Arrindel, Jurado, Zvolensky, Deacon, Abramowitz, Sandin, Coles, Daly y Bouvard (2007), donde se llevó a cabo la validación del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad 3 (ASI-3, por sus siglas en inglés). Esta es la última versión que retoma factores evaluados por el ASI y el ASI-R.

Está encaminado a medir principalmente las tres dimensiones que constituyen la sensibilidad a la ansiedad a través de 18 reactivos, su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco” y 4 es “muchísimo”. Este estudio se realizó con una muestra internacional, probando cualidades

psicométricas más altas en comparación a las del ASI, además de mostrar consistencia entre poblaciones y género.

La sensibilidad a la ansiedad, ha sido propuesta como un factor de predisposición para el desarrollo de diversos tipos de trastornos por ansiedad, entre ellos, fobia social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastornos por ansiedad generalizada e incluso depresión mayor (Taylor et al., 2007).

La existencia de un modelo jerárquico de la sensibilidad a la ansiedad posee importantes implicaciones para la psicopatología y el tratamiento de la ansiedad (Sandín et al., 2005). En primer lugar, el hecho de que existan tres componentes de sensibilidad a la ansiedad que son distintos (SA-física, SA-cognitiva y SA-social) permite derivar sub escalas de sensibilidad a la ansiedad. Con ello podemos relacionar estas dimensiones primarias con otros constructos psicológicos de la ansiedad y otras características psicopatológicas.

Mientras que ciertos componentes de sensibilidad a la ansiedad, o el factor general, pueden estar etiológicamente más implicados en unos trastornos de ansiedad que en otros, también pueden ser de gran utilidad para estudios sobre la predicción y evolución de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, se ha sugerido que la preocupación cognitiva de la sensibilidad a la ansiedad está asociada con la depresión (Taylor et al., 1996), por otro lado, el factor social presenta una relación más estrecha con la fobia social (Zinbarg et al., 1997), mientras que el factor físico de la sensibilidad a la ansiedad parece estar más relacionada con el trastorno de pánico (Zinbarg et al., 1997; Brown, Smiths, Powers y Telch, 2003).

Individuos con alta sensibilidad a la ansiedad pueden ser más propensos a entrar en pánico debido a la creencia de que el experimentar ansiedad puede tener consecuencias más graves que la simple incomodidad inmediata.

Donnell y McNally (1988), encontraron que sujetos con alta sensibilidad a la ansiedad y una historia de ataques de pánico en conjunto, presentaban respuestas mayores de ansiedad y miedo en una prueba de hiperventilación en comparación de individuos con solo la historia de ataques de pánico o sujetos con alta SA. Postularon que estos individuos tienden a presentar mayor automonitoreo de sus síntomas físicos en general, imaginarlos o reportarlos indiscriminadamente. Este factor constituye un sesgo cognitivo en la interpretación de síntomas físicos.

Westling y Öst (1995) fortalecen este argumento al encontrar que los pacientes con trastorno de pánico se caracterizaban por considerar a los estímulos ambiguos internos (corporales) como amenazantes, a diferencia de sujetos sin trastorno.

### Capítulo 3. Condicionamiento Encubierto, Autocontrol y Asertividad

#### ***Definición y Supuestos Básicos del Condicionamiento Encubierto***

El modelo teórico conocido como Condicionamiento Encubierto es un conjunto de técnicas que tienen su base en la utilización de la imaginación para su práctica. Su intención es modificar la frecuencia en las respuestas de una persona a través de manipular las consecuencias de estas. El nombrar la imaginación no significa necesariamente que otros factores en el ser humano como pensamientos y sentimientos se descarten, en realidad, estos aspectos también son manipulados por el Condicionamiento Encubierto (Caballo, 1993).

Las técnicas que engloba dicho modelo teórico son distintas, pero pueden ser clasificadas en tres grandes grupos en función a la teoría en que se basan, siendo estas; el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social y el autocontrol. Las cuales se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las técnicas de Condicionamiento Encubierto		
Condicionamiento Operante	T. del Aprendizaje Social	Autocontrol
R. Positivo Encubierto (RPE)	Modelado Encubierto (ME)	Detención del Pensamiento (DP)
R. Negativo Encubierto (RNE)		Tirada de Autocontrol (TA)
Sensibilización Encubierta (SE)		
Extinción Encubierta (EE)		
Costo de Respuesta Encubierto (CRE)		

Independientemente de qué técnica se utilice, es posible seguir un proceso común para su aplicación. Aunque no hay que dejar de lado las variantes exigidas por todas y cada una de las técnicas. El proceso antes mencionado es descrito por Cautela (1983):

- a. En primer lugar se entrena al individuo para conseguir una visión clara de las imágenes que serán la conducta objetivo, el reforzador, modelo o castigo.
- b. Es indispensable crear cierta forma de comunicación entre el paciente y el terapeuta, además, dejar establecido que acción ejecutará el sujeto cuando el terapeuta emita las palabras: “cambio”, “basta”, etc.
- c. Las imágenes de las conductas que se desean cambiar y las imágenes de los estímulos reforzadores o aversivos deben de alternarse.
- d. También es necesario entrenar al paciente para que sea capaz de realizar la secuencia él solo, durante la sesión, alrededor de diez veces.
- e. Al igual que una gran variedad de técnicas cognitivo-conductuales, el condicionamiento encubierto necesita práctica en casa.

Cautela (1983) clasificó los procesos conductuales en tres grupos. De ellos, es en el segundo donde se aplican las técnicas de Condicionamiento Encubierto. La mencionada categorización es:

1. Procesos observables.
2. Respuestas psicológicas encubiertas, estas incluyen pensamientos, imágenes y sensaciones.

3. Respuestas fisiológicas encubiertas, es una actividad de la que no se es consciente o no son observables a los demás.

Por otro lado, es esencial clarificar en que radica la validez de aplicar los procedimientos encubiertos. Para aclarar dicha interrogante describimos brevemente tres supuestos básicos (Caballo, 1993):

1. Homogeneidad. Se asegura que existe continuidad y homogeneidad entre las conductas manifiestas y las encubiertas. Por dicho motivo es válido utilizar las conclusiones derivadas con ayuda del trabajo empírico de los fenómenos manifiestos a los encubiertos. Dicho en otras palabras, se observa que ambos factores poseen importancia y propiedades similares. A partir de las cuales se explica, mantiene y modifica la conducta.
2. Interacción. Se habla de interacción entre los procesos encubiertos y los observables, es decir, uno puede influir en el otro y viceversa. De igual forma los procesos encubiertos pueden ocurrir al mismo tiempo que los observables. De esta manera encontramos que interactúan entre sí según las mismas leyes que rigen a ambos.
3. Aprendizaje. Las leyes del aprendizaje rigen de forma similar los procesos encubiertos y manifiestos.

### ***Sensibilización Encubierta (SE)***

Las conductas desadaptativas al ser analizadas desde una perspectiva conductual son divididas en respuestas desadaptativas de evitación y respuestas

desadaptativas de aproximación. Dentro de esta categoría podemos encontrar la obsesión, la compulsión, alcoholismo, robo, etc. Para tratar este tipo de conflictos generalmente se ha recurrido al castigo para eliminar la frecuencia de la conducta conflicto. La estimulación aversiva clásica, tradicional u ortodoxa se valía de choques eléctricos por ejemplo, inmediatamente después de presentarse un estímulo socialmente inaceptable. Pero recientemente y por exigencias éticas, se han desarrollado nuevos tratamientos que se enfocan en las mencionadas conductas desadaptativas de aproximación. Una de esas innovaciones en los tratamientos es la Sensibilización Encubierta. Es utilizado el término “encubierta”, debido a que ni el estímulo desadaptado ni el estímulo aversivo son presentados realmente, sino imaginariamente (Upper y Cautela, 1983).

Consiste en elicitación una consecuencia imaginaria sumamente aversiva (que previamente haya sido evaluada por el paciente como una causante de ansiedad), para hacerla contingente a una conducta desadaptativa de aproximación. Dicho estímulo puede ser o no relevante para el problema. La consecuencia aversiva encubierta más empleada son los vómitos aunque de igual forma pueden ser usados las lombrices, ratas, arañas, gusanos, etc. Las conductas que generalmente eran tratadas a través de dicho método son: obesidad, alcoholismo, fumar, problemas sexuales y drogadicción (Upper y Cautela, 1983).

Antes de dar inicio al procedimiento de SE propiamente dicho, es medular brindar al paciente una explicación acerca del tratamiento. Se menciona que la técnica se vale del condicionamiento aversivo o procedimiento de castigo y que su finalidad es reducir la frecuencia de la conducta objetivo antes delimitada. También se

comunica al individuo que debe imaginar una consecuencia aversiva inmediatamente después de imaginar la conducta desadaptativa (Upper y Cautela, 1983).

*Descripción del Procedimiento.*

El primer paso que se tiene que dar, es enseñar al paciente a relajarse, esto puede ser a través del método que el terapeuta evalué como el más apropiado para su paciente. Cuando el paciente logre dicho estado, indicará a su terapeuta (puede ser levantando un dedo de su mano). En este momento es cuando se explica al paciente que la conducta identificada como problema está sólidamente aprendida y que la forma en que se eliminará su problema es asociar el objeto agradable a un estímulo desagradable.

Acto seguido, se pide al paciente que se encuentra relajado y con los ojos cerrados que visualice lo más claro posible el objeto agradable, cuando lo consiga se lo indicará al terapeuta. Después de aparecer la señal, se pide al paciente que se imagine acercándose al objeto (Upper y Cautela, 1983).

Entonces se solicita al paciente que imagine que empieza a sentir el estomago “revuelto”, que imagine que comienza a vomitar, el vomito se derrama sobre el suelo, el objeto agradable, sus amigos, sobre sí mismo, etc. Cuando lo logre, se invita al paciente para que él solo visualice la escena completa y que de la señal cuando sienta nauseas realmente al tener la intención de presentar la conducta desadaptada. Las escenas generarán una sensación de alivio cuando el sujeto le da la espalda al objeto. En ese momento imaginará que cuando salga y sienta el aire limpio y fresco, cuando regrese a casa y se dé una ducha o cuando sienta la



tentación de realizar la conducta desadaptativa y la supere, las nauseas desaparecerán y dejará de sentirse mareado.

Luego de varios ensayos en consulta, se dan las instrucciones al paciente para que continúe el tratamiento por sí solo, con tareas para realizar en casa. Dichas tareas consistirán en 10 a 20 repeticiones de los ensayos practicados en la consulta dos veces por día. Además se instruye para que cuando sienta la necesidad de realizar la conducta conflicto imagine vomitar sobre el objeto (Upper y Cautela, 1983).

### ***Tratamiento de la Conducta de Fumar a través de SE***

La Sensibilización Encubierta parece ser efectiva para reducir la ansiedad generada por el hábito de fumar, al ser combinada con otros procedimientos. Algunos otros aseguran que es tan eficaz como los procedimientos de autocontrol. En general, se ha encontrado (Lameiras y Faíle, 2000) que gran parte de los intentos hechos para reducir la conducta de fumar han tenido poco éxito. A pesar de ello, se dice que bajo determinadas circunstancias, las terapias aversivas han tenido cierto éxito al reducir la conducta de fumar. En concreto, encontramos evidencias de que en la práctica clínica, la sensibilización encubierta parece bastante eficaz para reducir y eliminar la conducta de fumar (Upper y Cautela, 1983).

## ***Autocontrol***

El autocontrol engloba un conjunto de técnicas y estrategias que generalmente son aplicados como técnicas auxiliares o se presenta como un componente de distintas formas de psicoterapia.

De esta forma, el autocontrol abarca procedimientos en la terapia que tienen como objetivo enseñar a los individuos métodos para modificar y controlar su conducta en determinadas situaciones. Esto para poder alcanzar metas específicas a largo plazo, es decir, la persona funge como el director de su propia conducta (Caballo, 1993).

Una de las principales características del autocontrol es que transforma los procesos encubiertos o que actúan fuera de la conciencia, en procesos consientes, manifiestos y formales. Para cumplir este aspecto se utiliza el autoregistro. Donde el paciente observa y anota sistemáticamente su propia conducta, a través de la medición observacional directa de las conductas que generan el conflicto. Dicha observación genera reactividad, es decir, las conductas registradas aumentan o disminuyen según sea el caso. De esta forma el autoregistro puede ser utilizado para evaluar el cambio o como una estrategia de intervención (Caballo, 1993).

Existen otros principios que permiten construir una intervención basada en autocontrol (Rimm y Masters, 1990). El primero a considerar es el control de estímulos, es importante identificar que las conductas no ocurren en el vacío, sino que están bajo el control de un estímulo legítimo. Es decir, la conducta conflicto se presenta debido a que los estímulos del ambiente la controlan. Por ejemplo, una

persona obesa no está comiendo todo el tiempo. Más bien, come excesivamente cuando esta solo en casa antes de irse a descansar. Si esta situación se cambia, el comportamiento será más adaptable.

Además, dichos autores describen la técnica titulada fortalecimiento de la sugerencia. La cual indica que las condiciones deben ser favorables para que la persona practique la conducta meta en una situación específica (Rimm y Masters, 1990). El paciente, con ayuda del terapeuta establece cuales serán las modificaciones que realizará en su ambiente para que este último sea el disparador de su conducta, de esta forma, el ambiente va a sugerir reducir o aumentar la frecuencia de la conducta meta según corresponda.

El siguiente paso es analizar las opciones para optimizar reforzamientos. Esta tarea se denomina manejo de la contingencia (Rimm y Masters, 1990), el paciente identifica los aspectos que pueden fungir como reforzadores. Se eligen algunos de ellos los cuales serán utilizados como motivadores para emitir la conducta meta. Se establecen metas a corto, mediano y largo plazo, el paciente administra el reforzador al cumplirse dichos objetivos.

El último paso a trabajar en el programa de autocontrol es la respuesta alternativa o de competencia. Dicha respuesta evita que el paciente emita la conducta conflicto en una situación específica. Por ejemplo, una persona con obesidad puede salir a dar un paseo a pie cuando lo que haría normalmente es comer. De esta forma, evita la conducta de comer y además quema algunas calorías (Rimm y Masters, 1990).

## ***Asertividad***

Se considera principalmente a la asertividad como una habilidad verbal, a través de la cual las personas defienden sus derechos. Dicho de otro modo, es la conducta que permite a las personas actuar con base en sus intereses más importantes, expresar cómodamente sus sentimientos, y ejercer los derechos personales sin transgredir los del resto de las personas (Dowling, 1996).

La conducta asertiva figura entre las tres opciones de las que disponen las personas para comportarse, estas son:

- I. Conducta asertiva. Expresión directa de los deseos, derechos, sentimientos, opiniones sin llegar a amenazar, castigar o violentar los derechos de los demás.
- II. Conducta pasiva. No es capaz de expresar abiertamente los sentimientos, pensamientos y opiniones. Si lo hacen es de una manera tan derrotista que los demás no pueden hacerle caso, pudiéndose experimentar consecuencias desfavorables como sentimientos de frustración, molestia o incluso ira.
- III. Conducta agresiva. Transgrede los derechos de las demás personas, pudiendo ir desde los comentarios humillantes hasta las agresiones verbales directas (insultos y amenazas).

Algunas de las características del comportamiento asertivo son: Contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, mensaje en primera persona, respuesta directa a la situación, postura erecta, etc. Dichas características traen como efectos: Sentirse a gusto con los demás, sentirse

relajado, crear y fabricar la mayoría de las oportunidades, gustarse a sí mismo y a los demás, resolver problemas, entre otras (Dowling, 1996).

Además de ello, es posible identificar diferentes tipos de asertividad. Entre los que se encuentran la asertividad básica, empática, escalar y confrontativa (Flores y Díaz-Loving, 2002). Dichos tipos se explican brevemente:

- **Básica.** Simple expresión de los derechos, creencias opiniones, intereses y sentimientos personales. No implican otras habilidades sociales como empatía confrontación, persuasión, etc.
- **Empática.** Cuando le meta de la interacción es transmitir sensibilidad hacia la otra persona además de expresar sentimientos o necesidades.
- **Escalar.** Se refiere a la elevación gradual de la firmeza de la respuesta asertiva. Es decir, iniciar con un mínimo de imposición o petición, e ir valorando el impacto de la misma.
- **Confrontativa.** Su intención es hacerle ver a la otra persona como se está comportando, describiendo lo que hizo y dijo para confrontarlo con los actos.

### *Derechos Asertivos*

Los Derechos Humanos Asertivos son afirmaciones sobre nuestras verdaderas responsabilidades para con nosotros, y declaraciones acerca de nuestra aceptación como seres humanos. Los derechos asertivos indican los límites que los demás pueden esperar de cada persona. Estos derechos facilitan el ejercer

una conducta asertiva. Se enlistan los 10 derechos asertivos básicos (Smith, 2005):

1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestro pensamiento y nuestras emociones, además de tomar la responsabilidad de sus consecuencias. Este derecho evita que nos manipulen, pues se trata de la vida de cada persona y lo que ocurre en ella solo incumbe a persona y a nadie más.
2. Tenemos derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.
3. Tenemos derecho juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de las otras personas. Cada persona es responsable de su bienestar físico, psicológico, éxito y felicidad. Pero a pesar de desear el bien a otros no está en sus manos crear esa estabilidad.
4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
5. Tenemos derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos.
6. Tenemos derecho a decir: "No lo sé".
7. Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos. Es decir, no es necesaria la buena voluntad de las personas para relacionarnos con ellas de manera eficaz y asertiva.
8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Tenemos derecho a decir: "No lo entiendo".
10. Tenemos derecho a decir: "No me importa".

### *Técnicas Asertivas*

Smith (2005) es el creador de las técnicas asertivas con las cuales se logra ejercer esta conducta asertiva, evitando ser manipulados, ser agresivos, además de permitir comunicar claramente lo que cada individuo desea y siente. A continuación se presenta cuatro de las siete técnicas propuestas por Smith:

- A. Interrogación negativa. Permite suscitar las críticas sinceras de las personas para poder sacar provecho de la información útil y agotar los comentarios manipulativos. Llevando a nuestros iguales a una conducta más asertiva.
- B. Aserción negativa. Permite a las personas aceptar sus errores y faltas sin tener que disculparnos por ellos, a través de reconocer las críticas que los demás emiten.
- C. Disco rayado. Técnica que enseña el valor de ser persistentes, lo hace por medio de la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos.
- D. Banco de niebla. Enseña a aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente la posibilidad de que exista algo de verdadero en lo que dicen los críticos. Concede el beneficio de la duda a las personas que se relacionan con nosotros.

### ***Intervención Cognitivo-Conductual en Grupos***

Antes que nada es sumamente importante poder diferenciar lo que implica una terapia “en grupo” y la terapia “a través del grupo”. Dentro de la terapia “en” el

grupo, el terapeuta aplica al grupo la misma terapia y técnicas que brinda a todos los pacientes. En la segunda opción, los miembros del grupo tienen un papel crítico debido a que modelan y refuerzan los procedimientos y demás elementos de la dinámica grupal. Con esto, es posible definir la terapia de grupo como un conjunto de personas que tratan de modificar ciertas conductas desadaptativas, a través, de la aplicación de sistemática de procedimientos probados empíricamente (González, 1999).

Encontramos ciertas ventajas que presenta el trabajar en grupo, por ejemplo el modelamiento. Esta técnica interviene como un mecanismo de cambio conductual, por parte del terapeuta, pero si este no es un buen modelo, todos los individuos que forman parte del grupo fungen como tal.

El trabajo en grupo nos brinda muchas más oportunidades para practicar el aprendizaje y el desaprendizaje de diversas respuestas (González, 1999). Además, se presenta la oportunidad del refuerzo de las conductas a través de los compañeros (Kaplan y Sadock, 1996).

La intervención en grupos con un enfoque cognitivo-conductual se lleva a cabo de 14 a 18 sesiones impartidas una vez por semana. Sin embargo, se puede trabajar con una intervención de corto plazo que va de 6 a 12 sesiones.

Un factor más, de gran relevancia es el tamaño del grupo; este puede variar de 4 y hasta 15 personas, aunque la mayoría de los clínicos consideran que el número ideal de individuos en una terapia de grupos es 8. Aunque si consideramos el abandono de la terapia por parte de los pacientes, es recomendable iniciar el tratamiento con un número mayor de personas (Kaplan y Sadock, 1996).



### ***El Cambio Clínico en las Intervenciones Psicológicas***

Al realizar una intervención psicológica es indispensable evaluar la calidad del cambio que esta produce en los pacientes. Ya que a través de este procedimiento, se indaga si la intervención utilizada logra un cambio en el sujeto y la magnitud del mismo. Generalmente, los métodos más utilizados son los estadísticos (descriptiva e inferencial). Sin embargo, suelen resultar insuficientes para valorar la calidad del cambio.

La significancia estadística se ve afectada por la magnitud del efecto, el tamaño de la muestra, la confiabilidad del efecto y los instrumentos de medición que fueron utilizados. Por dicha razón, es indispensable complementar los procedimientos estadísticos con la significancia clínica del cambio. Esta se refiere al valor práctico de los efectos de una intervención sobre la conducta del paciente. Es decir, valorar si el procedimiento es el responsable de un cambio real en la calidad de vida de los usuarios y de las personas cercanas a él (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002).

## Capítulo 4. Tabaquismo

### ***Una Breve Introducción al Tabaquismo***

El tabaco junto con el alcohol, es la sustancia adictiva de uso más generalizado que se conoce a lo largo de la historia de la humanidad. Además su consumo en la población ha aumentado gradualmente con el paso de los años (Encuesta nacional de adicciones, 2008).

La planta del tabaco pertenece al género *Nicotiana*, familia botánica de las Solanáceas. Existe una gran diversidad de variedades de este género, contándose más de sesenta. Una de las más importantes es la *Nicotiana tabacum* de la cual se extrae el tabaco comercial.

El cigarrillo parece ser el modo de fumar característico en todos los momentos históricos, sin embargo, éste es un producto de reciente consumo. Pues muchos otros modos de fumar, como el tabaco en polvo, el cigarro puro, la pipa y el tabaco de mascar son los que han predominado desde su descubrimiento y hasta nuestros días.

En el humo del cigarrillo existen más de 4000 componentes, los considerados más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La nicotina es el alcaloide que contiene la planta del tabaco, se sintetiza en forma líquida, al ser ingerida por el organismo produce una fuerte adicción por lo que su ausencia 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 tales como, aumento del automatismo de la célula cardíaca, depresión de la conducción y

disminución del umbral de fibrilación ventricular, aumento transitorio de la presión arterial e incremento de la agregación plaquetaria, entre otras alteraciones.

El alquitrán es muy nocivo para la salud, es uno de los principales componentes sólidos del cigarrillo. Es el responsable de la mayor parte de los cánceres que produce el tabaco. Se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarrillo y en menor medida del tabaco.

El monóxido de carbono es un gas incoloro y muy tóxico que se produce de la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo. En la sangre se combina con la hemoglobina y forma la carboxihemoglobina. Esta sustancia desplaza el oxígeno de los hematíes e impide así un adecuado abastecimiento de oxígeno a los distintos tejidos y órganos. Es el factor que produce los infartos al miocardio, muerte súbita, arterioesclerosis, enfermedades respiratorias crónicas, etc.

La situación en el consumo del tabaco es preocupante por el gran número de fumadores que existen en todas las edades partiendo de los adolescentes. En el D.F. se realizó un estudio con universitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM (Quiroga et al., 2007), se encontró que el consumo de tabaco ha aumentado en los últimos años además de ser una de las drogas preferidas por esta población.

### ***Adquisición y Mantenimiento de la Conducta de Fumar***

El tratamiento del tabaquismo ha avanzado mucho más que la comprensión de los mecanismos implicados en su adquisición, es decir, el conocimiento de la adquisición de la conducta de fumar se encuentra en estado bastante hipotético.

Por su parte, los mecanismos implicados en el mantenimiento de la adicción al tabaco (principalmente fisiológicos) son conocidos a detalle.

#### *Modelos Farmacológicos o de Adicción Nicotínica*

Existen al menos tres modelos para explicar el papel de la nicotina en el mantenimiento del tabaquismo. Nosotros explicamos los siguientes:

- El modelo de efecto fijo de la nicotina propone que el comportamiento de fumar se mantiene porque la nicotina estimula centros neurales específicos inductores de reforzamiento.
- 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 la sangre motivaría al fumador a consumir un cigarrillo. Asegura que el fumador tiende a mantener un “punto o nivel optimo” de nicotina en la sangre, por debajo del cual se hace necesario ingerir la cantidad suficiente de sustancia que recupere el “equilibrio”.

Estos modelos ofrecen una explicación de las variables implicadas en el mantenimiento de la conducta de fumar, pero no logran explicar la adquisición del hábito.

#### *Modelo de Regulación Múltiple*

Leventhal y Cleary (1980) propusieron un modelo que asumiera que el fumador ejecuta dicha conducta 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 variedad de contextos.

La premisa central de este modelo es que la regulación emocional es la clave para explicar la conducta de fumar y que las alteraciones en la homeostasis emocional o hedónica estimulan la conducta de fumar. El modelo combina variables emocionales con variables fisiológicas en la explicación del mantenimiento del tabaquismo. De esta forma el individuo dependiente a dicha conducta, fuma para regular sus niveles de nicotina en la sangre, de manera que las caídas de los niveles de nicotina provocan un estado emocional negativo o disfórico que se reconoce como “ansias, urgencias o deseos” por fumar.

Para el modelo, fumar está potenciado por el hecho de que produce un estado emocional positivo que controla el efecto emocional negativo producto de una situación de tensión, además, fumar proporciona ciertos cambios en la actividad del organismo como son: aumento de la activación neural, con lo que se consigue aumento del estado de alerta y la facilitación del enfrentamiento con las situaciones difíciles.

#### *Teoría del Proceso Oponente*

La teoría del proceso oponente de motivación adquirida fue propuesta por Solomon y Corbit (1973, 1974) y Solomon (1977) como un modelo explicativo de los comportamientos adictivos derivado de la experimentación animal. A partir de esta teoría Ternes (1977) ofreció una explicación del tabaquismo.

El modelo parte de la base de que cualquier desequilibrio afectivo significativo (sea positivo o negativo) provoca la puesta en marcha de mecanismos centrales que operarían intentando restablecer el equilibrio perdido. Los eventos capaces de alterar el equilibrio afectivo son aquellos estímulos incondicionados o

reforzadores primarios que serían capaces de provocar procesos afectivos primarios o respuestas incondicionadas denominadas “procesos a”. Este proceso desencadena una respuesta afectiva opuesta denominada “proceso b”. El “proceso a” genera un estado afectivo A y el “proceso b” genera un estado afectivo B.

Aplicando esto al consumo de tabaco se observa que: la aparición e insatisfacción de los síntomas de abstinencia consecuencia del uso repetido de la sustancia adictiva, es interpretado como el estado B, de esta manera se dice que el cigarro contiene sustancias que proporcionan placer (estado A). Como el estado B es opuesto al A, la mejor manera de eliminar o atenuar el estado B es ingerir la sustancia que produce el A. Por tanto, el tabaquismo es reforzado positivamente por sus consecuencias placenteras y negativamente por reducir o eliminar un estado aversivo, funcionando así como cualquier otro tipo de comportamiento adictivo.

#### *Modelo Ecológico del Tabaquismo*

Elaborado por Mausner y Platt (1971) y Mausner (1973). Según dicho modelo el comportamiento del tabaquismo se configura mediante un estímulo o input (el ambiente), un conjunto de sistemas mediadores (mecanismos fisiológicos y señales producidas por el consumo de tabaco) y un resultado u output. El input se refiere a los tres aspectos del ambiente: biológico, social y físico.

Según el modelo fumar puede cumplir tres funciones. La primera se deriva de las propiedades estimulantes del cigarrillo, que puede proporcionar placer al fumador, o recuperación cuando está cansado, reducir su tensión o liberarle del malestar

producido por el descenso de los niveles de nicotina. La segunda función tiene que ver con los aspectos sociales de fumar, puede aumentar la cohesión social de grupos al convertirse en un ritual compartido. Y la tercera se refiere a que fumar es una forma de conducta expresiva que para muchos fumadores forma parte de la definición del concepto mismo.

#### *Modelo Afectivo de Adquisición del Tabaquismo*

Este modelo propuesto por Tomkins (1966) explica la adquisición del tabaquismo como una aplicación de su teoría general de la afectividad (Tomkins, 1962, 1963).

Dicho modelo parte de que las razones típicas para probar los cigarrillos suelen ser la curiosidad, la conformidad con los patrones del grupo de compañeros o amigos, la rebelión, el inconformismo y la identificación con adultos. Dichas razones representan casos especiales de fumar por aspectos positivos que generan un sentimiento de afectividad positiva o por aspectos negativos que generan afectividad negativa. Por esta razón, este autor sugiere que 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.

El modelo divide a los consumidores de tabaco en fumadores por afecto positivo, fumadores por afecto negativo, fumadores adictos y fumadores habituales. Los primeros dos tipos responden a la descripción anterior.

El fumador adicto es aquel que normalmente experimenta un “afecto negativo de privación”, tan pronto como llega a ser consciente de que no está fumando. Para el fumador habitual, fumar es una “habilidad altamente desarrollada” que implica

un mínimo grado de conciencia del hecho y está característicamente libre de recompensa afectiva positiva o negativa.

### *Modelo Conductual de Adquisición del Tabaquismo*

También es conocido como modelo de aprendizaje social. Asegura que el reforzamiento social (representado generalmente como presión social de los compañeros) es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar.

Inicialmente, el fumar representa en sí mismo una experiencia aversiva que con la práctica y como consecuencia de la puesta en marcha del mecanismo de habituación, llegará a convertirse en una experiencia reforzante (tanto positiva como negativa), de tal forma que terminará por ser mantenida por sus propias consecuencias (aún cuando las consecuencias continúen siendo importantes) y llegará a generalizarse a multitud de situaciones y contextos.

Es importante destacar que a diferencia de otras sustancias adictivas de consumo socializado, fumar no perjudica el nivel de ejecución; sino por el contrario, incrementa y favorece la capacidad de actuación en el trabajo, el estudio o la relación social.

### ***Abordaje psicosocial del tabaquismo***

Es primordial mencionar que la influencia social repercute directamente en el desarrollo psicológico del ser humano. De tal forma, la raza humana es incapaz de aprender sino es a través del contacto con otros individuos de la especie. La influencia social se entiende como cualquier cambio de la conducta producido por el influjo de los otros. Con base en lo anterior, dicho fenómeno abarca muchas de



las áreas de la psicología y por ende de la vida cotidiana de las personas (Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2007).

La influencia social se relaciona íntimamente con diferentes conceptos. Los cuales describimos brevemente a continuación (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zárate, 2002):

- Obediencia. Designa la conducta que se inicia o se modifica como respuesta a las órdenes de personas con autoridad, a las leyes o a las normas.
- Conformidad. Se refiere a una conducta iniciada o modificada como respuesta a una presión implícita producto de de las acciones o posturas explícitas de otros.
- Imitación. Indica la conducta iniciada o modificada en respuesta a acciones similares que se aprecian en los demás, sin que estos presionen para hacerlo.
- Complacencia. Término para designar la conducta iniciada o modificada, o la postura que se adopta como respuesta a una petición directa de otros. Es decir, se obliga a realizar una conducta por el poder que algunos ejercen sobre las personas.

Se torna indispensable comprender estos conceptos ya que a través de cada uno de los fenómenos mencionados, se inician o modifican múltiples conductas, y el consumo de tabaco se encuentra entre ellas.

Por otro lado, es pertinente analizar algunas de las razones por las se produce la influencia de algunas personas sobre otras. Esto nos remite al principio de la validación social (Morales et al., 2007). Este se basa en que determinamos la conducta correcta, averiguando qué piensan los demás que es correcto. Es decir, se toma como base lo que hacen los demás, la mayoría de las personas o quienes nos parecen modelos adecuados para formar un juicio de cómo hay que actuar.

Esta regulación de la conducta con base al entorno se da con base en dos principios fundamentales. La influencia informativa y la influencia normativa. La primera de estas, es la tendencia a valerse de las demás personas para adquirir una visión adecuada del entorno y con base en ello actuar. Por su cuenta, la influencia normativa se refiere a las situaciones en que las personas aceptan o se conforman a las normas y expectativas aprobadas por el medio en que se desarrollan. Esto se realiza para evitar: ser castigado, el rechazo social e incluso para conseguir una evaluación positiva (Morales et al., 2007).

No obstante, puede ser cuestionable la necesidad de validación social. Lo que nos remite a mencionar la parvedad de pertenecía a un grupo (Kimble et al., 2002). Como especie humana somos seres sociables, de esta forma, los individuos tienden a formar grupos según la compatibilidad y similitud en su historia de vida, en la convivencia, interacción y en la medida en que unos influyen en los otros.

Como se puede ver, existen múltiples factores que pueden ser determinantes en el inicio o modificación de la conducta de fumar de las personas, esto a causa de la influencia social. Esta influencia lleva a los fumadores a ser parte de la trampa social psicológica. Es decir, La conducta de estas personas está controlada por las

sensaciones placenteras inmediatas, dejando de lado las consecuencias negativas que aparecerán hasta después de muchos años (Kimble et al., 2002). En general, encontramos que la conducta de fumar, representa un problema de salud pública, el cual es sustentado por los múltiples factores ya descritos.

### ***Tratamientos Psicológicos del Tabaquismo***

Los tratamientos psicológicos ya sea de forma individual o en grupo son una buena alternativa para tratar esta adicción. Es importante destacar que de la gran diversidad de tratamientos psicológicos disponibles, en este trabajo se explican los que son compatibles con el enfoque cognitivo-conductual del que se vale esta intervención.

#### *Terapias de Grupo y Clínicas para Dejar de Fumar*

Las terapias de grupo se refieren a tratamientos que se aplican a pequeños grupos de fumadores, cuyo funcionamiento puede variar en relación con el número de integrantes del grupo, número de sesiones y marco teórico o enfoque en las sesiones.

La mayoría de las terapias de grupo se practican en la forma conocida como “clínica para dejar de fumar”. Estas representan un tipo de tratamiento grupal que se desarrolla en varias sesiones a lo largo de una o varias semanas. Incluye conferencias, discusiones de grupo, información sobre el tabaco y sus consecuencias para la salud, además de un clima de grupo que motiva el abandono del tabaco.

Por ejemplo existe el “Plan respirar libre para dejar de fumar” que consiste en una terapia de 8 sesiones durante 3 semanas, en las cuales se brindan autorrecompensas por dejar de fumar y mantenerse abstinentes.

### *Técnicas Aversivas*

Existen dos opciones para el tratamiento del tabaquismo desde la perspectiva del empleo de este tipo de técnicas. La primera de ellas consiste en presentar algún tipo de estimulación aversiva incondicionada o condicionada contingente con las cadenas de respuestas que componen la conducta de fumar (sentir ganas de fumar, pedir un cigarrillo, encenderlo, etc.). La otra opción consiste en convertir el fumar en algo aversivo.

Estas técnicas son las usadas desde la existencia del conductismo clásico, las cuales se aplican difícilmente en la actualidad por principios éticos del psicólogo. En su lugar, existe el condicionamiento encubierto por Joseph Cautela (1967), está regido por las mismas reglas y principios que las técnicas anteriores con una diferencia, el uso de la imaginación. Por tal motivo, se describen aquí este tipo de técnicas, ya que muestran el mismo nivel de efectividad que las que descargan el castigo directamente a la persona.

La sensibilización encubierta es una técnica utilizada con éxito en el tratamiento de alteraciones conductuales. El individuo imagina una situación desagradable que resulte muy aversiva para él y aprenda a escapar a ella acabando con la estimulación desagradable mediante el cese del comportamiento que se quiere eliminar. Es decir, el fumar se asocia con incomodidad en el estómago, con náuseas y ganas de vomitar. Para obtener el máximo beneficio al trabajar con la

sensibilización encubierta se recomienda el uso de paquetes de técnicas, es decir, la combinación de distintas técnicas.

#### *Paquetes de Tratamiento*

Como se sabe, para obtener el máximo beneficio en una intervención, es indispensable combinar técnicas de tratamiento. Por ejemplo; la combinación de sensibilización encubierta, control de contingencias y contratos conductuales parece ser recomendable para el tratamiento del tabaquismo (Gil, 1994).

Además, si a dicha combinación agregamos el autoregistro, la eficacia parece ser superior. Es más efectiva la aplicación de este paquete que cualquiera de ellas por separado (Gil, 1994).

#### *Procedimientos de Autocontrol*

El autocontrol, en las personas puede ser definido, como el dejar de emitir una respuesta que generalmente va seguida de consecuencias positivas inmediatas o momentáneas para el individuo, evitando de este modo consecuencias negativas a largo plazo. Este mecanismo puede ser invertido, es decir, presentar una respuesta que estará acompañada de una consecuencia negativa para el sujeto con el propósito generar una consecuencia positiva a largo plazo o evitar otras consecuencias negativas de mayor magnitud.

### ***Sensibilidad a la Ansiedad y Tabaquismo***

La sensibilidad a la ansiedad se ha estudiado en función de la forma en que los individuos interpretan los estímulos internos producto de conductas como el consumo de alcohol, dolor crónico de espalda baja y el consumo de tabaco. Se ha postulado que la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo del tabaco guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico.

Zvolesnky, Feldner, Leen-Feldner, Bonn-Miller, McLeish y Gregor (2004) propusieron un modelo que postula que entre los fumadores regulares, la sensibilidad a la ansiedad se comporta como un factor que impulsa a fumar debido a la reducción de sensaciones corporales displácenteras. En específico, dichas personas interpretarían aspectos como la incapacidad para relajarse, agitación corporal, ansiedad general, etc., como potencialmente peligrosas, por lo que la conducta de fumar se reforzaría como un medio para contrarrestar dichos estímulos aversivos. Esto es posible debido a la presencia de nicotina, que estimula la liberación de noradrenalina, la cual origina activación autónoma como relajación (dependiendo de la dosis), elevación del estado de ánimo y conductas asociadas, efectos que favorecen el mantenimiento de la conducta de fumar por condicionamiento instrumental (Dogana, 1990).

Como consecuencia de lo descrito anteriormente, los fumadores regulares con alta sensibilidad a la ansiedad podrían fumar como un medio para neutralizar la estimulación aversiva que llegan a experimentar. El modelo propone que fumadores regulares con alta sensibilidad a la ansiedad en comparación con no fumadores son más propensos a desarrollar ataques de pánico. Individuos con

alta sensibilidad a la ansiedad son menos efectivos en el manejo de las sensaciones que elicitada la ausencia del cigarro, por lo que recaen con el fin de evitar dichas sensaciones, lo que fortalece la propuesta teórica del modelo.

Se han realizado estudios con la finalidad de conocer y esclarecer la relación de la sensibilidad a la ansiedad y la conducta de fumar. Lo que se buscaba era probar el modelo fuera de la población estadounidense, encontrando que en la población mexicana solo el factor físico del ASI está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores. Este efecto se observó por encima de factores de estados afectivos negativos, cigarrillos consumidos y consumo de alcohol (Zvolensky, Berstein, Jurado, Colotla, Marshall y Feldner, 2007).

Por otro lado, Jurado et al. (2008) encontraron resultados que respaldan la información ya descrita. Puesto que se concluye que la sensibilidad a la ansiedad es una variable significativa en la predicción de consumo de tabaco en dos momentos; con la primera vez que se fuma y cuando la conducta de fumar se establece de manera cotidiana. Donde el puntaje del ASI-3 total y factor físico del mismo son los más relacionados o predictivos de la conducta de fumar.

## **Método**

### ***Planteamiento del Problema y Justificación***

El tabaquismo, tanto en México como en el resto del mundo es un problema social que ha venido aumentando. En el país, se estima que cerca de 27 millones de mexicanos (35.6%) entre 12 y 65 años, alguna vez en su vida han probado el cigarro.

Además, del total de la población mexicana un 17.2% (cerca de 13 millones de mexicanos) había fumado más de 100 cigarrillos en su vida, es decir, cinco cajetillas. Por otro lado, es medular dar la importancia necesaria a la edad en que las personas se inician en el consumo de tabaco. La misma fuente nos indica que la edad promedio en que se consume tabaco por primera vez en el mismo rango de edades es a los 17 años (Encuesta nacional de adicciones, 2008).

Por otro lado, las estadísticas muestran que la prevalencia del tabaquismo ha aumentado en los adolescentes (estudiantes de secundaria). Los estudiantes que han probado un cigarrillo alguna vez en su vida aumentó de un 50% en 2003 a 60.9% en 2006. De los alumnos que fuman actualmente, las cifra se elevó de 20.2% en 2003 a 27.8% en 2006 (Encuesta de tabaquismo en jóvenes, 2009).

Esto afecta igualmente a la población universitaria, pues, en dicho grupo la conducta de fumar también ha aumentado considerablemente, aparte de ser el tabaco una de las drogas preferidas por la mencionada población (Quiroga et al., 2007).

Así mismo, destacamos la importancia de la sensibilidad a la ansiedad puesto que es un predictor confiable de la conducta de fumar en dos momentos, con la



primera vez que se fuma y cuando dicha conducta se establece de manera cotidiana (Jurado et al., 2008), de este modo es importante contemplar ambas variables al momento de realizar una intervención.

La psicología ha generado tratamientos para abordar la adicción al tabaco, de entre los que destaca la terapia cognitivo-conductual (TCC). Sin embargo, en los últimos quince años se ha generado un estancamiento en la investigación en dicha área (García y Sanz, 2006) por lo que es de suma importancia continuar con ese trabajo.

Con base en lo anterior, se piensa en el condicionamiento encubierto como una opción para el tratamiento del tabaquismo. Los tratamientos psicológicos basados en las técnicas aversivas han sido catalogados como uno de los más efectivos en la intervención de la conducta de fumar (Lameiras y Faíle, 2000; Oblitas, 2006 y Becoña, 2004).

Pero por aspectos éticos, es decir, el posible daño que se provoque al paciente, es cuestionable utilizar dichos procesos. Por ello, el condicionamiento encubierto, más específicamente la sensibilización encubierta es una buena opción de tratamiento ya que los estímulos aversivos se presentan en la imaginación y no en vivo.

Además, hay que recordar que los resultados obtenidos con técnicas operantes aplican de la misma forma en el condicionamiento encubierto debido a que ambos están regidos por las mismas reglas y principios. Aunado a ello, existe evidencia de resultados positivos al tratar la conducta de fumar con la sensibilización encubierta (Upper y Cautela, 1983).

## **Objetivo**

El objetivo del presente trabajo fue determinar si existe una reducción en los niveles de sensibilidad a la ansiedad y la conducta de fumar, después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

### *Objetivos específicos*

- Determinar si existe una reducción en los tres factores que componen la sensibilidad a la ansiedad, después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.
- Determinar si existe una reducción o eliminación de la conducta de fumar después de haber asistido a una terapia basada en sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

## **Hipótesis**

### *Hipótesis de investigación*

Existe una disminución en el nivel de sensibilidad a la ansiedad y la conducta de fumar después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

### *Hipótesis estadísticas*

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el ASI-3, antes y después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el factor físico del ASI-3, antes y después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el factor cognitivo del ASI-3, antes y después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el factor social del ASI-3, antes y después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el inventario de ansiedad de Beck, antes y después de haber asistido a una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

### *Hipótesis Alternas*

Este apartado se omite, ya que las hipótesis alternas implican que los resultados indiquen exactamente lo contrario a lo propuesto en las hipótesis estadísticas. Es decir, que no existan diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las pruebas ya mencionadas.

### **Variables**

#### *Variable independiente*

Terapia con enfoque cognitivo-conductual basada en la sensibilización encubierta y el autocontrol.

Definición Conceptual: Es una técnica que utiliza la imaginación para su práctica. Su intención es modificar la frecuencia en las respuestas de una persona a través de manipular las consecuencias de estas. Una consecuencia imaginaria sumamente aversiva, que previamente haya sido evaluada por el paciente como una causante de ansiedad, se hace contingente a una conducta desadaptativa de aproximación.

#### *Variables dependientes*

- Sensibilidad a la ansiedad

Definición Conceptual: Consiste en la creencia de que experimentar sensaciones corporales asociadas con la ansiedad o el miedo, provocan consecuencias

adversas tales como la muerte, el desarrollo de enfermedades o el rechazo social (Reiss y McNally, 1985).

Definición Operacional: Los puntajes obtenidos en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

- Conducta de fumar

Definición Conceptual: Consumo y adicción a la nicotina inhalada del tabaco.

Definición Operacional: Los puntajes obtenidos en el Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68, el Cuestionario de Historia de Fumar y el Inventario de Ansiedad de Beck.

### ***Diseño de Investigación***

Preexperimental de pretest-postest con grupos repetidos.

### ***Participantes***

10 personas de 18 a 60 años de edad, con el deseo de reducir su consumo de tabaco, elegidos a través de un muestreo no probabilístico. 7 de ellos eran hombres y 3 mujeres.

## **Escenario**

Un aula espaciosa con mobiliario de fácil traslado.

## **Instrumentos**

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El cual, es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos, cada uno calificado en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 severamente. Cuenta con una alta consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de 0.83 y confiabilidad test-retest de  $r=.75$ , para población mexicana (Robles et al., 2001).
- Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3). Escala autoaplicable que consta de 18 reactivos agrupados en 3 subescalas: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales. Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “muy poco” y 4 es “muchísimo”. Esta escala cuenta con una consistencia interna de .74-.86 y una validez de .59-.63, para población mexicana (Taylor et al., 2007).
- Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 (WISDM-68). Mide la conducta de fumar por medio de 68 reactivos agrupados en 13 subescalas. Está construido en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “para mi nada verdadero” y 7 “Extremadamente verdadero para mí”. Y cuenta con un puntaje de .73-.95 (Piper, Piasecki, Federman, Bolt, Smith, Fiore y Baker, 2006)
- Cuestionario de Historia de Fumar (CHF): Evalúa la historia como fumador y el patrón de ésta. Contiene reactivos que miden frecuencia de consumo,

edad de comienzo, los años en que se es fumador cotidiano y el historial de intentos por dejarlo.

### ***Materiales***

- Sillas de fácil traslado.
- Pintarrón y plumones
- Formatos de registros
- Batería de pruebas

### ***Procedimiento***

Se lanzó la convocatoria para los posibles participantes (Anexo 1). Las personas elegidas fueron divididas en grupos de trabajo de diez personas, pues es ideal trabajar con grupos pequeños de alrededor de 8 participantes y considerar además el abandono de la terapia por algunos participantes (Kaplan y Sadock, 1996). Se les explicó en qué consistirá el trabajo que se realizaría y cuál es el motivo del mismo. Luego de ello fueron evaluados a través de los instrumentos ya descritos (ASI-3, BAI, WISDM-68 y CHF) para determinar las características de cada uno, es decir, obtener la línea base del estudio.

Se llevó a cabo la intervención que consta de 8 sesiones de una a dos horas aproximadamente, inicialmente se dio un breve entrenamiento en relajación durante la primera sesión y se remarcó mucho la importancia de la práctica en casa. Se enseñó a los participantes a utilizar los autoregistros. Revisar anexo 2 para conocer la estructura de cada sesión.

Luego de ello se inició el procedimiento de Sensibilización Encubierta propiamente dicho. Se trabajó con la imagen aversiva, alrededor de 20 repeticiones por sesión, la mitad de ellas descritas por el terapeuta y el resto conducidas por cada paciente. La revisión de los autoregistros fue continua.

Dentro de las primeras sesiones se enseñaron y practicaron las técnicas de autocontrol y asertividad.

Al finalizar, se aplicaron nuevamente los instrumentos antes enumerados para poder realizar los procedimientos estadísticos necesarios para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes. Además, se llevó a cabo el análisis necesario para obtener la significancia clínica de la intervención.

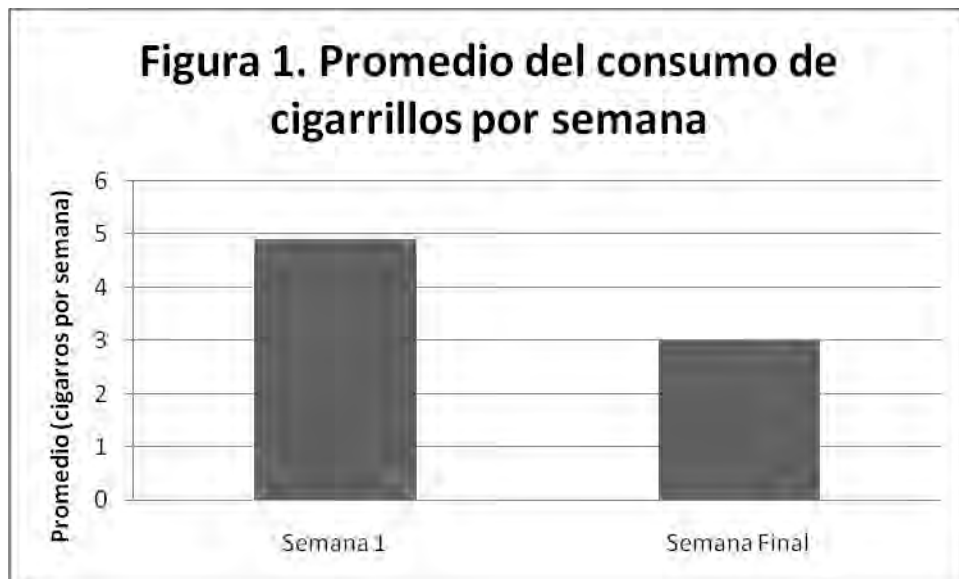


## Resultados

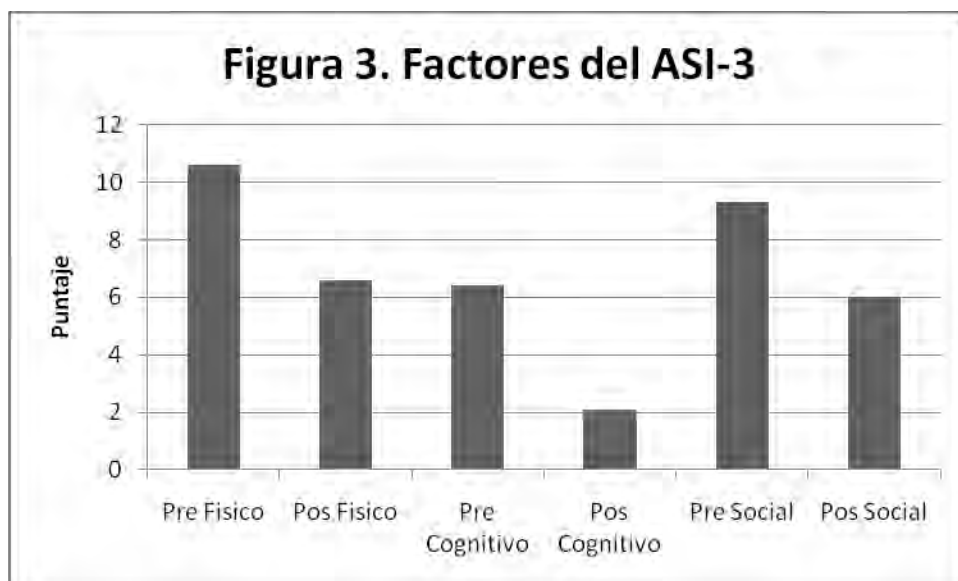
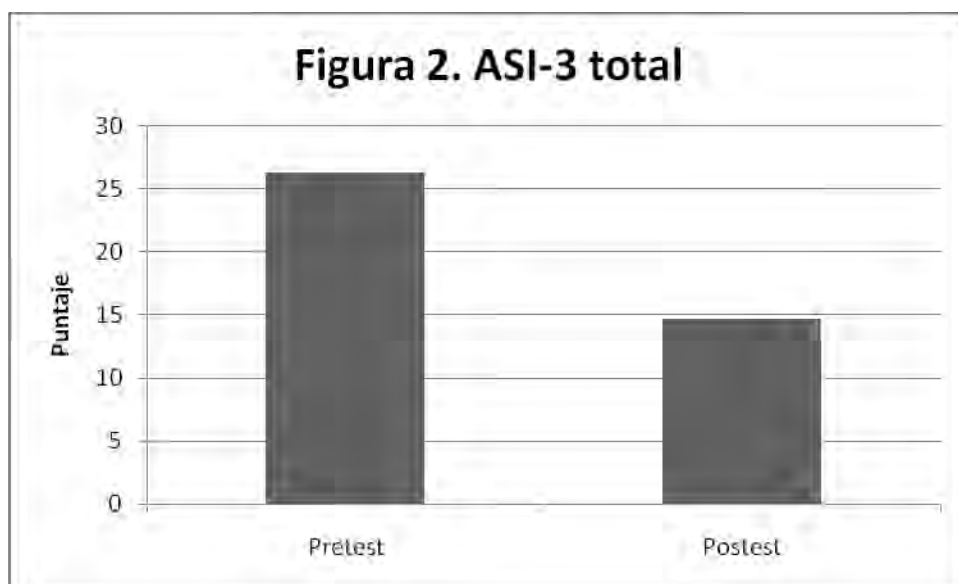
Se trabajó con una muestra de 10 personas, siete de ellos fueron hombres y el resto mujeres. Con una edad promedio de 31 años, el rango de edades va de 18 a 60 años. Ocho de los participantes eran solteros. El 70% de la muestra cursaron una licenciatura y el resto de ellos solo llegaron al nivel bachillerato.

El Cuestionario de Historia de Fumar mostró que la edad promedio en que se consume el primer cigarrillo es alrededor de los 17 años. Sin embargo, es hasta los 19 años cuando el consumo de cigarrillos es una práctica cotidiana. Además de ello, antes de la intervención, la muestra obtiene un promedio de 8 cigarrillos consumidos por día.

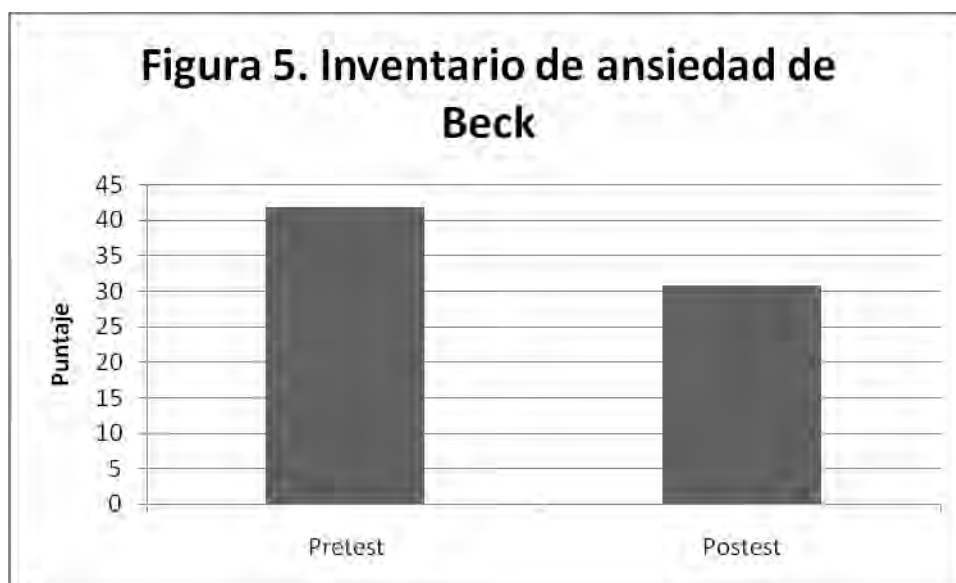
Por otro lado y como se observa en la Figura 1, el promedio de cigarrillos consumidos por semana se reduce de 4.9 antes de la intervención a 3 cigarrillos después de la misma. Este decremento es estadísticamente significativo ( $z = -2.803$ ,  $p < .005$ ). Datos que sustentan la hipótesis de investigación.



En la Figura 2 se observa una reducción del puntaje total del ASI-3. Siendo este, un resultado estadísticamente significativo ( $z = -2.568$ ,  $p < .010$ ). Así mismo, podemos apreciar una disminución estadísticamente significativa en los puntajes del factor físico ( $z = -2.670$ ,  $p < .008$ ), cognitivo ( $z = -2.201$ ,  $p < .028$ ) y social ( $z = -2.169$ ,  $p < .028$ ) que constituyen a la prueba (Figura 3).



Tal como se observa en la Figura 4, los puntajes del Inventario de Motivos de Dependencia de Fumar de Wisconsin exhiben un decremento estadísticamente significativo ( $z = -2.295$ ,  $p < .022$ ). De la misma forma se comportan los puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck ( $z = -2.668$ ,  $p < .008$ ), como lo muestra la Figura 5.



Además de los datos aquí mostrados, es indispensable analizar la significancia clínica del cambio suscitado. Para ello se utilizó la fórmula del Índice de Cambio Confiable (ICC) (Pedroza et al., 2002). El cual permite considerar la variabilidad de la respuesta al tratamiento de persona a persona, además indica la proporción de participantes que mejoraron como resultado de la intervención, también permite determinar si el grado de cambio es de suficiente magnitud como para exceder el margen de error de las mediciones.

La fórmula a utilizar para calcular el ICC es la siguiente:

$$\frac{X_2 - X_1}{S_{dif}}$$

Donde:

$X_1$  = Puntuación del pretest del participante

$X_2$  = Puntuación del posttest del participante

$S_{dif}$  = Error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba

Para calcular el error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba se utiliza la fórmula:

$$S_{dif} = \sqrt{2S_E^2}$$

Donde:

$S_E$  = Desviación estándar del error de medición del puntaje de la prueba

El resultado obtenido se compara contra una distribución z, cuyo valor más aceptable es  $\pm 1.96$ . Si el resultado de la fórmula del ICC se encuentra fuera de este intervalo, indica que la intervención fue la responsable del cambio observado (Pedroza et al., 2002).

Este procedimiento se realizó con los datos de las pruebas aplicadas a cada uno de los participantes. Como ya se explicó, para obtener el error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba es necesario conocer la desviación estándar del error de medición del puntaje de las pruebas utilizadas. Siendo estas el ASI-3, el WISDM-68 y el BAI. Para ello se utilizaron los valores de Taylor et al. (2007)  $S_E=1.8$ , Jurado (2008)  $S_E=101.1$  y Romero (2010)  $S_E=1.28$  respectivamente.

Los resultados obtenidos de este procedimiento se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Significancia Clínica de los participantes.						
Participante	ASI-3		WISDM-68		BAI	
	ICC	Cambio Clínicamente significativo	ICC	Cambio Clínicamente significativo	ICC	Cambio Clínicamente significativo
1	4.3	SI	0.06	NO	3.31	SI
2	7.87	SI	1.18	NO	13.25	SI
3	1.18	NO	0.97	NO	0.55	NO
4	1.18	NO	0.06	NO	1.10	NO
5	9.84	SI	0.91	NO	10.49	SI
6	6.69	SI	1.08	NO	12.70	SI
7	1.18	NO	0.12	NO	0	NO
8	1.18	NO	0.35	NO	2.20	SI
9	6.69	SI	0.53	NO	3.86	SI
10	7.87	SI	1.18	NO	13.25	SI

## Discusión

La Encuesta Nacional de Adicciones (2008) menciona que es a los 17 años cuando se inicia el consumo de cigarrillos en la población mexicana. Esta cifra coincide con lo recabado por la presente investigación, lo que representa un dato alarmante. Pues la venta legal de cigarrillos es hasta cumplidos los 18 años. Esto puede ser el resultado de la influencia social a la que se enfrenta los jóvenes y púberes en su ambiente. Ya que a pesar de tener un promedio de 17 años para iniciar el consumo de tabaco, existen estudiantes de secundaria que ya han iniciado su consumo de tabaco (Encuesta de tabaquismo en jóvenes, 2009). Lo que indica que es oportuno trabajar en este aspecto.

Además de ello, se determina que es hasta los 19 años aproximadamente cuando esta conducta se torna como una actividad cotidiana. Factor que repercute directamente en la adicción y tratamiento de los pacientes.

Los autoregistros y los puntajes obtenidos en el WISDOM-68, mostraron un decremento en la segunda evaluación (Figura 1 y Figura 4). Este resultado permitiría inferir que la sensibilización encubierta, el autocontrol y el entrenamiento en asertividad cumplieron su cometido. Es decir, la conducta de fumar de los participantes se redujo. Resultados que coinciden con lo obtenido por Upper y Cautela (1983) y Becoña (2004). De igual forma, como se observa en la Figura 2 y la Figura 5, el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, así como el Inventario de Ansiedad de Beck presentaron una reducción en los puntajes del posttest. De la misma forma se comportan los factores del ASI-3 (Figura 3). Esto parece indicar que la práctica en relajación logró reducir la sensibilidad a la ansiedad.

Por otro lado, es esencial analizar los datos arrojados por la significancia clínica del estudio. En la Tabla 2 se puede observar que más de la mitad de la muestra (6 para el ASI-3 y 7 para el BAI), presentaron un cambio clínicamente significativo. Datos que apoyan a los resultados estadísticos ya descritos. Sin embargo, el total de los participantes mostraron un cambio clínicamente no significativo en el WISDOM-68. Lo que puede estar dado por las características de la prueba, específicamente el valor del error estándar de la diferencia de medición entre los puntajes de la prueba. La contradicción encontrada entre la significancia estadística y la clínica representan un aspecto a estudiar con mayor profundidad en futuras investigaciones.

Sin embargo, es pertinente mencionar que el resultado de la significancia clínica en el WISDOM-68, no solo puede corresponder a las características de la prueba. Es decir, la significancia estadística solamente retoma los valores obtenidos en los puntajes, sin embargo, la significancia clínica toma en cuenta la vivencia y experiencia de los usuarios. Dicho de otra forma, el índice de cambio confiable, se enfoca en características individuales de los participantes. Esto, a través de la autoevaluación que ellos hacen con respecto a la reducción de su conducta desadaptativa a raíz del trabajo realizado en el taller.

De esta manera y retomando la hipótesis de investigación, se puede decir que la conducta de fumar y la sensibilidad a la ansiedad se redujeron luego de participar en una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad.

De igual manera, estos datos sustentan la hipótesis de que se trata de una intervención efectiva. Sin embargo, es esencial continuar probando dicha efectividad en diferentes poblaciones y circunstancias. Ya que como se ha mencionado, el tabaquismo es un conflicto de salud pública de gran magnitud para la población en general.

Es oportuno señalar las limitantes a las que se enfrentó durante el trabajo realizado. La más importante es el tamaño de la muestra. Es pertinente realizar replicas y nuevas investigaciones con muestras más numerosas para continuar validando la efectividad del trabajo.

Esta última situación desemboca en otra de las limitantes importantes para la investigación. Esta es, la carencia de grupos control, lo que reafirmaría la efectividad del tratamiento y que la reducción observada se debe precisamente al tratamiento y no a cuestiones ajenas al mismo.

Por otro lado, es de suma importancia mencionar las incógnitas que se generan a partir de este trabajo. Dichas interrogantes representan temas a investigar de manera más minuciosa. La principal que se encontró, fue observar que la mayoría de las personas fumadoras no tienen deseo de reducir o erradicar su consumo de tabaco. Esto a pesar de conocer las consecuencias adversas que representa la adicción (trampa social psicológica). Esto se vio reflejado en la poca respuesta de las personas para participar en el tratamiento.



## **Conclusiones**

La edad promedio en que se inicia el consumo de tabaco entre las personas es a los 17 años (Encuesta nacional de adicciones, 2008), dato que concuerda con los resultados de la presente investigación. Sin embargo, la Encuesta de tabaquismo en jóvenes (2009) reporta que existen alumnos de secundaria que ya iniciaron con dicha actividad.

La conducta de fumar y la sensibilidad a la ansiedad que presentaban los pacientes, se redujeron luego de participar en una terapia basada en la sensibilización encubierta, el autocontrol y la asertividad. Sin embargo, una mayor efectividad de la misma, puede estar influenciada por las características individuales y socio culturales de los participantes.

La mayoría de las personas fumadoras, no tiene deseo de reducir o erradicar su consumo de tabaco a pesar de conocer las consecuencias adversas a largo plazo.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 26, 263 a 237.
- Becoña, E., Palomares, Á. y del Pilar, M<sup>a</sup>. (2000). Tabaco y salud. España: Pirámide
- Caballo, V. (1993). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo veintiuno editores
- Castro, S. y Maya, H. (1982). Estudio sobre el uso de drogas en una población de estudiantes universitarios. Reporte interno. División de Investigaciones Epidemiológicas y sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México
- Dogana, F. (1990). Psicopatología del consumo cotidiano. España:Guedisa
- Donell y McNalley, (1988). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. *Behavior research and therapy*, 27, 325-332
- Dowling, E. (1996). Familia y escuela: una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles . Barcelona : Paidós.
- Encuesta de tabaquismo en jóvenes. Instituto Nacional de Salud Pública, (2009). Departamento de investigación sobre tabaco. México, D.F
- Encuesta nacional de adicciones. Secretaría de Salud, (2008). Dirección General de Epidemiología. México, D.F. S.S.A
- Flores, M y Diaz-Loving, R. (2002) Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. México: Miguel Ángel Porrúa
- García, M. y Sanz J. (2006) Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 20, 269 a 289.
- Gil, J. y Calero, M. (1994). Tratamiento del tabaquismo. España: Mc Graw-Hill interamericana
- González, J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno

- Jurado, D. (2008). Sensibilidad a la ansiedad, afectos negativos y consumo de Tabaco en pacientes con ansiedad y depresión. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Jurado, S., Jurado, D. y Campos, P. (2008). Sensibilidad a la ansiedad y conducta de fumar en pacientes con ansiedad y depresión. Revista electrónica de psicología Iztacala, 15, 112 a 127.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). Terapia de grupo. Madrid: Panamericana
- Kimble, C., Hirt, E., Diaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G. y Zárate, M. (2002). Psicología social de las américas. México: Pearson
- Lameiras, M. y Fañle, J. (2000). La psicología clínica de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos. Madrid: Dykinson
- Lee-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bernstein, A., McCormick, J. T. y Zvolensky, M. (2005). Anxiety sensitivity and anxious responding to bodily sensations: A test among adolescents using a voluntary hyperventilation challenge. Cognitive Therapy and Reserch, 29, 593-609.
- Lilienfeld, S. O., Turner, S. M. y Jacob, R. G. (1993). Anxiety sensitivity: An examination of theoretical an methodological issues. Behavior research therapy, 15, 147-183.
- Morales, F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). Psicología social. España: Mc. Graw Hill
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. y Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. Revista mexicana de psicología, 12, 73-84.
- Quiroga, H., Mata, A., Reidl, L., Zepeda, H., Cabrera, T. y Herrera, G. (2007). Encuesta estudiantil de adicciones. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, Medición 2002. Facultad de Psicología, UNAM. México
- Reiss, S. y McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. Theoretical issues and behavior therapy, Academy press, New York

- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior research therapy*, 24, 1-8
- Rimm, D. y Masters, J. (1990). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas
- Romero, M. (2010). *Elaboración del proceso de duelo mediante terapia cognitivo conductual*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México, México, D.F.
- Smith, M. (2005). *Cuando digo no, me siento culpable*. México: Debolsillo
- Stein, D. y Hollander, E. (2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Art Medica
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Abramowitz, J., Holaway, R., Sandin, B., Stewart, S., Coles, M., Eng, W., Daly, E., Arrindel, W., Bouvard, M. y Jurado, S. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity : Development and Initial Validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychological Assesment*. 19. 176-188.
- Upper, D. y Cautela, J. (1983). *Condicionamiento encubierto*. España: DDB

# Anexos

Anexo 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Facultad de Psicología**

**¿EL CIGARRO  
TE ESTA  
MATANDO?**

**TALLER VIVENCIAL PARA  
DEJAR DE FUMAR**

CUPO LIMITADO  
Requisitos: Ser mayor de 18 años y  
desear dejar de fumar.  
Informes e inscripción: Centro de  
Prevención y Atención de Adicciones  
(CEPREAA) Teléfono: 56 58-39-11  
Al correo: [joserangel\\_2@hotmail.com](mailto:joserangel_2@hotmail.com)  
Fecha de inicio: 19 de Agosto 2010



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



¿EL CIGARRO TE ESTA MATANDO?

## TALLER VIVENCIA PARA DEJAR DE FUMAR

CUPO LIMITADO

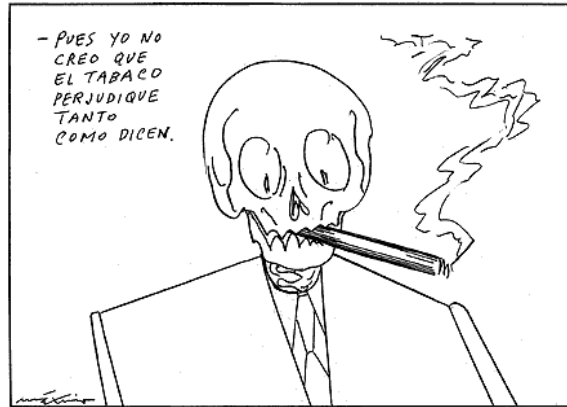
Requisitos: Ser mayor de 18 años y desear dejar de fumar.

Informes e inscripción: Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA)

Teléfono: 56-58-39-11 Al correo: [joserangel\\_2@hotmail.com](mailto:joserangel_2@hotmail.com)

Fecha de inicio: 19 de Agosto 2010

# ¿EL CIGARRO TE ESTA MATANDO?



## TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR

CUPO LIMITADO.

Solo necesitas ser mayor de 18 años y desear dejar de fumar.

INFORMES E INSCRIPCIÓN.

Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA)

Teléfono: 56-58-39-11

Al correo: [joserangel\\_2@hotmail.com](mailto:joserangel_2@hotmail.com)

INICIAMOS.

19 de Agosto 2010



## Anexo 2.

### **“CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO Y AUTOCONTROL PARA REDUCIR LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD Y LA CONDUCTA DE FUMAR”**

**Coordinador:** Dr. Samuel Jurado Cárdenas

**Ponente:** José N. Rangel Villafañá

**Institución:** Facultad de Psicología

**Dirigido a:** Fumadores cotidianos.

Relajación progresiva de Jacobson	Duración: De 10 a 30 min., según la sesión
-----------------------------------	--------------------------------------------

1. *Objetivo:* Controlar los estados de relajación.
2. *Materiales:* Sillas.
3. *Consigna de partida:* Una parte importante del programa que trabajaremos es la relajación. Es sumamente importante poder manejar conscientemente los estados de relajación, pues nos es posible determinar la ansiedad que nos genera el abstenernos de fumar. Entonces, la relajación y la ansiedad son respuestas incompatibles, que significa esto, son respuestas opuestas, si se presenta una, no se puede presentar la otra. De esta forma, si aprendemos a relajarnos controlaremos la ansiedad que nos produce el abstenernos de fumar. Para aprender esto, percibiremos lo que es la relajación como tal y la tensión que es una respuesta específica provocada por la ansiedad. Para ello trabajaremos con nuestros músculos.
4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) Quitémonos los zapatos, por favor.
  - b) Acomódense en su asiento, lo más cómodo posible.
  - c) Cierren los ojos y traten de relajarse.
  - d) Concéntrate en (se va cambiando según el grupo muscular que se trabaje). Y aprieta muy fuerte. Fíjate lo que sientes cuando tus músculos están tensos. Concéntrate en esa tensión y malestar.
  - e) (5 o 7 segundos después) Cuando te diga suelta quiero que dejes de hacer presión, quiero que sea de golpe.
  - f) Nota como la tensión y la incomodidad ha desaparecido de tus músculos.
5. *Desarrollo:* Los participantes practicarán la tensión y distensión de sus músculos para poder controlar la relajación. Los músculos se trabajarán en un orden específico siguiendo la tabla No. 1.

Tabla 3. Técnica de relajación progresiva (Caballo, 1993)

Grupos musculares	Ejercicios
Mano y antebrazo dominantes. Bíceps dominante	Se aprieta el puño. Se empuja el codo contra el apoyo.
Mano, antebrazo y bíceps no dominantes.	Igual que el anterior
Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se puedan
Ojos y nariz	Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia afuera. Se abre la boca
Cuello	Se dobla hacia la derecha. Se dobla hacia la izquierda. Se dobla hacia adelante. Se dobla hacia atrás.
Hombros, pecho y espalda	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos.
Estómago	Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia afuera conteniendo la respiración.
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despejar el pie del suelo.
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despejar el talón del suelo.
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro.
Pierna, pantorrilla y pie izquierdo	Igual que el derecho
Secuencia completa de relajación	

1. *Objetivo:* Registrar el consumo de cigarros.
2. *Materiales:* Autoregistro y lápiz o pluma.
3. *Consigna de partida:* Muchas veces realizamos conductas que se han vuelto automáticas, por lo que no somos conscientes de su frecuencia y duración. Es muy probable que esto suceda con su consumo de cigarros. Por lo que su tarea consistirá en registrar todos y cada uno de los cigarros que consuman y algunos factores relacionados con ello.
4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) Observen el formato que les entregamos.
  - b) Antes que nada llenaran los datos generales del formato.
  - c) Observarán tres filas que abarcan lo que es un día completo.
  - d) Por otro lado están las columnas, estas son 4. Entonces su tarea llenar cada columna en cada momento del día, en función a su consumo de tabaco.
  - e) Primero identificarán el momento del día en que se ubica su consumo. Pasemos a la primer columna, esta dice: "Situación" En ella escribirán a detalle la situación bajo la que se da su consumo, es decir, donde estaba, que estaba haciendo, estaba solo o acompañado, la hora exacta, etc.
  - f) En la siguiente columna, de "número de cigarros", solo anotaran el número de cigarros que consumieron en ese momento.
  - g) En la columna de "tiempo de consumo" escribirán la hora de inicio y la hora de término de su consumo, así como la duración en minutos de ese periodo de tiempo.
  - h) En la última columna, la de "emoción", en ella escribirán que fue lo que sintieron al consumir ese o esos cigarros. ¿Alguna duda?
  - i) Este formato lo utilizarán para registrar cada consumo de tabaco por favor. Debe ser a diario y como lo muestra el formato, desde que se despiertan y hasta que se duerman. Por favor.
5. *Desarrollo:* El facilitador explicara el uso de los autoregistros y los participantes registraran todos y cada uno de los cigarros que consuman.

Control de estímulos	Duración: 15 min.
----------------------	-------------------

1. *Objetivo:* El participante empleará la técnica para modificar su ambiente.
2. *Materiales:* Papel y lápiz
3. *Consigna de partida:* Al implementar ciertos cambios de hábitos en nuestro estilo de vida, en ocasiones, es complicado cuando en nuestro ambiente existen situaciones que lo propician. Si identificamos estas situaciones podemos emplear estrategias para cumplir nuestra meta.
4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) En una hoja cada uno de ustedes anotará los factores ambientales que influyen en su conducta de fumar, por ejemplo, al terminar de comer, al oler o contemplar a otro individuo fumar, al ver un cenicero, al estar con las amistades, etc.
  - b) Ya identificadas las situaciones ambientales que propicien la conducta de fumar, se establecerán cambios para dicha situación, por ejemplo, se ubicará un área de fumar, en el trabajo, (fuera del edificio, en el patio, en una jardinera), y en la casa (en el patío o jardín). En esta área solo se fumará, es el único espacio en el que nos permitimos fumar. Cada participante delimitará su propia área de fumar de acuerdo a su situación.
  - c) Así mismo se propondrá la consigna de fumar solo, ya que en ocasiones el estar con amigos o en presencia de los mismos, alienta la conducta de fumar, por lo cual esta conducta se llevara a cabo solo y en el área establecida para fumar.
5. *Desarrollo:* Se explicará en qué consiste la técnica, para que los participantes apliquen lo trabajado a su situación personal de consumo.

Fortalecimiento de la sugerencia	Duración. 15 min
----------------------------------	------------------

1. *Objetivo:* El participante implementará apoyos visuales que le ayuden a disminuir su conducta de fumar.
2. *Materiales:* Tarjetas, lápices y plumones.
3. *Consigna de partida:* En ocasiones el apoyo de recordatorios como etiquetas en ciertos lugares refuerzan una conducta, por ejemplo, colocar una etiqueta en la computadora para recordarnos el día de entrega de un

archivo o un trabajo final. En esta ocasión implementaremos apoyos para alcanzar nuestra meta.

4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) Cada uno de ustedes realizará al menos tres frases motivadoras las cuales, ubicarán en un espacio dentro de su casa y trabajo. Ejemplos: “Quiero dejar de fumar y lo estoy logrando”, “Tome la decisión de abandonar el tabaco y lo estoy haciendo”, “Es grandioso, puedo estar sin fumar”, “Quiero, puedo y lo hago, no fumo más”;
  - b) Es necesario platicar acerca de los espacios donde colocarán las frases para averiguar si es pertinente.
  - c) Ya que decidimos donde colocar las frases. Vamos a identificar las conductas y alternativas de acción que ayudarán a evitar su consumo. Por ejemplo, comprar cigarrillos sueltos, mantener la cajetilla en lugares retirados, etc.
  
5. *Desarrollo:* Se explicará la técnica a los participantes. Con base en lo trabajado, expondrán opciones de acción según sea su situación.

Manejo de contingencias	Duración: 20 min.
-------------------------	-------------------

1. *Objetivo:* Los participantes premiarán los resultados alcanzados hasta el momento.
  
2. *Material:* Papel y lápiz.
  
3. *Consigna de partida:* Cuando recibimos un reconocimiento al compromiso y empeño que ponemos al realizar una actividad, nos podemos llegar a sentir gratificados, contentos por nosotros mismos, por ejemplo, cuando cumplimos con un trabajo y este nos recompensa con un asenso o un felicitación de nuestro jefe. Por dicha razón, el día de hoy encontraremos reforzadores a nuestros logros alcanzados.
  
4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) Antes que nada, vamos a identificar nuestras metas a corto, mediano y largo plazo. Cada quien determina sus metas.
  - b) Ahora vamos a identificar cuáles son las cosas o momentos en mi vida cotidiana que más me agradan. Tal vez, leer, escuchar música, etc.
  - c) Con ello, vamos a ubicar un premio para cada una de mis metas: corto, mediano y largo plazo.

d) Ya que acordamos esta parte, es necesario pactar alguna penalización por si no se cumplen dichas metas.

5. *Desarrollo:* Se explicará la técnica a los participantes y cada uno de ellos aplicará los conocimientos adquiridos a su situación personal.

Conductas asertiva, pasiva y agresiva	Duración: 15 min.
---------------------------------------	-------------------

1. *Objetivo:* Los participantes identificarán cada tipo de conducta que pueden ejercer en sus relaciones.
2. *Material:* Formato “Expresa lo mismo de diferente forma”, folleto informativo sobre la técnica y lápiz o pluma.
3. *Consigna de partida:* Las personas nos expresamos de múltiples maneras dependiendo de las circunstancias en las que nos encontramos, el estado de ánimo, en fin muchos aspectos interfieren al externar nuestras ideas. Sin embargo este tipo de cosas repercuten directamente en la interacción y la reacción de las personas con que nos comunicamos. Y precisamente eso es lo que trabajaremos el día de hoy.
4. *Instrucciones:* Para trabajar esto que les menciono les entregare una hoja contiene un cuadro, el cual llenarán con un compañero. Este cuadro ya tiene algunas celdas completadas su trabajo consistirá en llenar el resto. Por cada fila se trabajará una misma frase solo que esta debe modificarse con base a lo que requiere cada columna. Cuando terminen escucharemos algunos ejemplos.
5. *Desarrollo.* Los participantes completará el formato, al terminar se escucharán algunos ejemplos y el facilitador retroalimentará la actividad esclareciendo lo que implica cada columna.

Conoce tus derechos	30 min.
---------------------	---------

1. *Objetivo:* El participante conocerá sus derechos asertivos.
2. *Material:* Folleto.
3. *Consigna de partida:* La asertividad es una habilidad que se adquiere cuando uno tiene respeto y cariño por uno mismo así como por los demás. Nos permite responder y sentirnos satisfechos. Reúne las conductas y

pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. **Ser asertivo no significa querer tener siempre la razón**, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no.

4. *Instrucciones:* A continuación les entregare un folleto el cual leerán, elegirán el ustedes crean ejercen en menor medida. Nos cometerán a que creen que se debe. Su trabajo en casa será tratar de ejercer dicho derecho.
5. *Desarrollo:* Cada participante leerá la lista, elegirá el derecho que menos ejercen y lo trabajarán en la semana.
  1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestro pensamiento y nuestras emociones, además de tomar la responsabilidad de sus consecuencias. Este derecho evita que nos manipulen, pues se trata de la vida de cada persona y lo que ocurre en ella solo incumbe a persona y a nadie más.
  2. Tenemos derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.
  3. Tenemos derecho juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de las otras personas. Cada persona es responsable de su bienestar físico, psicológico, éxito y felicidad. Pero a pesar de desear el bien a otros no está en sus manos crear esa estabilidad.
  4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
  5. Tenemos derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos.
  6. Tenemos derecho a decir: "No lo sé".
  7. Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos. Es decir, no es necesaria la buena voluntad de las personas para relacionarnos con ellas de manera eficaz y asertiva.
  8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
  9. Tenemos derecho a decir: "No lo entiendo".
  10. Tenemos derecho a decir: "No me importa".

Aserción negativa	25 min.
-------------------	---------

1. *Objetivo:* El participante conocerá una técnica que le ayude para el ejercicio de la asertividad
2. *Material:* Folleto.

3. *Consigna de partida:* Esta técnica nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ello) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas. Nuestro desempeño en diferentes actividades en ocasiones se encuentra en el valúo de las personas, por lo cual es observable de críticas que en ocasiones son negativas y son estas las que nos hacen responder de manera agresiva y no asertiva
4. *Instrucciones:* Primero escriban un error que hayan cometido. Debajo de él escriban las causas del mismo, como los hizo sentir y si se sintieron culpables o no y la razón de ello. (Ya que terminaron de escribir) Los que deseen hacerlo, podemos compartir lo redactado.
5. *Desarrollo:* Se explicará la técnica a utilizar. Cada usuario, aplicará lo revisado a su vida cotidiana. Quienes deseen hacerlo, podrán compartir con el grupo su vivencia y experiencia.

Interrogación negativa	25 min.
------------------------	---------

1. *Objetivo:* El participante conocerá una técnica que le ayude en el ejercicio de la asertividad.
2. *Material:* Folleto.
3. *Consigna de partida:* Esta técnica nos enseña a suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas) inclinando al mismo tiempo a nuestros críticos a mostrarse más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de los trucos manipulativos. Cuando decidimos hacer cambios en nuestra vida, en ocasiones somos cuestionados negativamente por ello, esto provoca en una reacción agresiva y poco asertiva.
4. *Instrucciones:* Se darán las instrucciones por parte del facilitador:
  - a) Les voy a solicitar que cada uno de ustedes emita una crítica hacia mí.
  - b) Luego de ello, ustedes van a dividir las en constructivas y no constructivas.
  - c) Ahora realizaremos un ensayo conductual. Para que les modele, es decir, les enseñe como se utiliza la técnica.



5. *Desarrollo:* Los participantes harán una crítica hacia el facilitador, ellos mismo las dividirán en constructivas y no constructivas. El facilitador modelará y explicará la actividad.

Disco rayado	25 min.
--------------	---------

1. *Objetivo:* Los participantes conocerán una técnica que les ayude en el ejercicio de la asertividad
2. *Material:* Folleto.
3. *Consigna de partida:* Técnica que, mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, sin enojarnos, irritarnos o levantar la voz, enseña la virtud de la persistencia, sin tener que ensayar de antemano argumentos o sentimientos de ira, con el objeto de prepararse con miras al enfrentamiento con los demás. En ocasiones nos encontramos con personas que son insistentes para que aceptemos realizar algo, por ejemplo, en este cambio de conducta podemos encontrarnos con el amigo que nos ofrece un cigarro y es tan insistente en que fumemos con él, que podemos responder agresivamente
4. *Instrucciones:* Dos de ustedes que deseen colaborar con nosotros, pasen al frente. Cada uno de ustedes actuará el papel que les asignamos. Al finalizar el grupo analizara la dramatización.
5. *Desarrollo:* Los participantes dramatizarán una vivencia donde, aplicaremos la técnica de disco rayado y banco de niebla. El grupo analizara la actividad y el facilitador la retroalimentara.

Banco de niebla	25 min.
-----------------	---------

1. *Objetivo:* El participante conocerá una técnica que le ayude en el ejercicio de la asertividad
2. *Material:* Folleto.
3. *Consigna de partida:* Técnica que enseña a aceptar las críticas manipulativas reconocimiento serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello abdicuemos de nuestro derecho a ser nuestros únicos jueces. La crítica es

algo a lo que estamos expuestos y más cuando decidimos implementar cambios en nuestra vida, algunas criticaran lo ridículo que puede parecer dejar de fumar después de haciéndolo por un tiempo, que no podemos lograrlo o hasta criticar el entrar a este taller. Esta técnica valida lo cierto de la crítica pero nos ayuda a ubicar cuan verdadero es para cada uno.

4. *Instrucciones:* Las mismas de la técnica de disco rayado (se trabajarán juntas).
5. *Desarrollo:* El mimo de la técnica de disco rayado (se trabajarán juntas).

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**Pre consulta**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Entrevista general	Recolectar datos generales de los participantes	Se trabajara con los participantes individualmente, con base en el formato de entrevista para recolectar datos generales para la investigación.	- Formato de entrevista	10 min.
Aplicación del pretest	Levantar los datos que conformaran la línea base de la investigación.	Los participantes contestarán los cuestionarios que conforman la batería de la línea base de la investigación (ASI-3, BAI, CHF Y WISCONSI)	- Batería de pruebas - Lápiz o pluma	20 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 1**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Encuadre	Clarificar los objetivos y aspectos generales del taller.	<b>“Platica por parte del facilitador”</b> Se establecerán los objetivos generales del programa, además de establecer un compromiso individual para el tratamiento.		5 min.
Presentación de los participantes	Los participantes se conocerán para poder formar un grupo de trabajo	<b>“Presentándonos”</b> Los participantes serán organizados en parejas. Cada uno tendrá un minuto para contarle al otro quien es y porque está en el taller. Al terminar, cada participante presentara a su pareja. Además escribirán el nombre de su pareja en una etiqueta y se la colocaran en el pecho.	- Plumones - Etiquetas - Estambre	10 min.
Psicoeducación	Los participantes conocerán la prevalencia de la conducta de fumar, así como sus complicaciones.	<b>“Exposición por parte del facilitador”</b> Se realizará una presentación en power point con la información general del tema.	- Cañón - Presentación	20 min.
Técnica de relajación progresiva	Los participantes se familiarizarán con la técnica de relajación.	Se realizara un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	30 min.
Autoregistro de la conducta de fumar	Los participantes conocerán la técnica y	Se proporcionará una hoja de autoregistro a cada participante, se dará	- Pizarrón - Acetatos	15 min.

	aprenderán su utilización.	una explicación de cómo es el llenado del mismo. Se pedirá la práctica de la técnica de relajación así como el llenado del autoregistro. Los cuales llevaran a cabo en casa.	- Plumones - Hojas de autoregistro.	
Cierre de sesión	Los participantes externarán sus dudas y comentarios sobre lo trabajado en la sesión.	<b>“Sesión de preguntas”</b> Los participantes expondrán sus dudas acerca de lo trabajado en la sesión y las tareas encomendadas en casa.		10 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

**Proyecto PAPIIT IN 304309**

**SESIÓN No. 2**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Se dará la bienvenida al grupo. Se revisarán los autoregistros, aclarando las dudas y comentarios que surjan. Se dará una perspectiva general de la sesión.	- Autoregistro	20 min.
Asertividad: a) Conducta asertiva, pasiva y agresiva.	a) Diferenciar los tipos de conductas: asertiva, pasiva y agresiva, para aplicarlo en la vida cotidiana.	a) <b>“Expresa lo mismo de diferente forma”</b> Se entregara el formato por parejas y los participantes lo llenarán, comentarán algunos ejemplos con el grupo.	- Formato - Folleto Informativo - Lápiz o pluma	15 min.
Asertividad: b) Derechos asertivos	b) Conocer los derechos asertivos	b) Revisaran la lista de derechos, escogerán el que ellos creen menos ejercen, nos explicarán a que se debe. Su trabajo en casa, será tratar de ejercerlo.	- Folleto	15 min.
Autocontrol: Control de estímulos	El participante empleará técnicas para modificar su ambiente.	En una hoja cada participante anotará los factores ambientales que influyen en la conducta de fumar, luego de ello se establecerán cambios en dicha situación.	- Papel - Lápiz	15 min.
Práctica de la técnica de relajación	Practicar la técnica de relajación. Para lograr el control de los estados de relajación.	Se realizara un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	20 min.

Encomienda del ejercicio en casa.	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Indicar la continuidad de la actividad del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación		5 min.
-----------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 3**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Cada participante comentara su experiencia con la técnica de relajación y como es que la han practicado. Así mismo expresarán lo vivido al aplicar las técnicas de autocontrol y asertividad.	- Autoregistro	20 min.
Practica de la técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizará un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	30 min.
Reconstrucción de los escenarios donde se da la conducta de fumar	Construir dos escenarios generales donde se presenta la conducta de fumar	Construir a detalle dos escenas generales compatibles con los participantes, donde se presenta la conducta de fumar. Se retomarán los comentarios de la sesión pasada. El facilitador escribirá las escenas obtenidas en tarjetas.	- Pizarrón - Plumones	20 min.
Encomienda de actividades	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Se pedirá la realización del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación.		5 min.



**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 4**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Los participantes describirán como han vivido la práctica de la técnica de relajación y el autoregistro de su conducta. Así mismo expresarán lo vivido al aplicar las técnicas de autocontrol y asertividad.	- Autoregistro	15 min.
Asertividad: a) Aserción negativa.	Enseñar a los participantes a aceptar errores sin sentirse culpable y/o disculparse por ellos.	Se pedirá a los participantes que escriban algún error que cometieron, escribirán las causas de éste, cómo los hizo sentir, si se sintieron culpables o no y el porqué de ello. Los participantes que deseen compartirán lo escrito por ellos.	- Hojas blancas - Lápiz o pluma - Folleto	15 min.
Asertividad: b) Interrogación negativa	Enseñar a los participantes a descubrir los motivos ocultos de la manipulación.	Se pedirá a cada participante emita una "crítica" hacia el facilitador. Serán anotadas en el pizarrón. El grupo las dividirá en constructivas y no constructivas. El facilitador retroalimentara la actividad.	- Plumón - Folleto	15 min.
Autocontrol: Fortalecimiento de la sugerencia	El participante implementará apoyos visuales que le ayuden a disminuir la conducta de fumar.	Cada participante realizará frases motivadoras las cuales, ubicarán en un espacio dentro de su casa y trabajo, así mismo expondrá las estrategias que empleará para la disminución del consumo de tabaco.	- Tarjetas - Lápices - Plumones	15 min.
Practica de la técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizara un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	10 min.

		técnica en casa.		
Sensibilización encubierta	Asociación del estímulo aversivo ante la conducta a reducir.	Se utilizará la escena "A" ya establecida previamente por los participantes. Se dará paso a la lectura de la misma, continuando con relajación a la señal del participante. Se realizará la introducción del estímulo aversivo, posteriormente se pedirá al participante que imagine la escena y al estar listo se introducirá el estímulo aversivo, continuando con relajación. Se repetirá la técnica.	- Tarjetas con las escenas	25 min.
Encomienda de actividades.	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Se indicará que la realización del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación son tareas continuas.		5 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 5**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Se brindará un panorama general de la sesión y los participantes expondrán dudas o comentarios con respecto al trabajo hecho en casa. Así mismo expresarán lo vivido al aplicar las técnicas de autocontrol y asertividad.	- Autoregistro	20 min.
Practica de la técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizará un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	10 min.
Sensibilización encubierta	Asociación del estímulo aversivo ante la conducta a reducir.	Se utilizara la escena "B" ya establecida previamente por los participantes. Se dará paso a la lectura de la misma, continuando con relajación a la señal del participante. Se realizará la introducción del estímulo aversivo, posteriormente se pedirá al participante que imagine la escena y al estar listo se introducirá el estímulo aversivo, continuando con relajación. Se repetirá la técnica.	- Tarjetas con las escenas	25 min.
Encomienda de actividades	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Se indicara la realización del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación.		5 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

**Proyecto PAPIIT IN 304309**

**SESIÓN No. 6**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Se brindará un panorama general de la sesión y los participantes expondrán dudas o comentarios con respecto al trabajo hecho en casa.	- Autoregistro	10 min
Asertividad: Disco rayado y banco de niebla	Enseñar a los participantes a recibir críticas sin reaccionar impulsivamente así como la virtud de la persistencia.	<b>“Ensayo conductual”</b> Dos participantes que lo deseen colaboraran en la actividad. Se le otorgarán los guiones. Cada uno actuara su papel. El grupo hará un análisis de lo vivido. El facilitador retroalimentará la actividad.	- Folleto - Guion	15 min.
Autocontrol: Manejo de contingencias	Los participantes premiarán los resultados alcanzados hasta el momento.	Cada participante expondrá una recompensa al logro alcanzado, ya sea a largo o corto plazo.	- Papel - Lápiz	20 min.
Practica de la técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizará un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	10 min.
Sensibilización encubierta	Asociación del estímulo aversivo ante la conducta a reducir.	Se utilizarán ambos escenarios alternando su presentación, es decir se leerá la escena “A”, se pedirá al participante que la imagine y se realizara la relajación. Se continuará con la escena “B”, leyéndola e imaginándola para poder pasar a la relajación (se trabajará con 20 minutos por cada escena). En cada	- Tarjetas con las escenas	40 min.

		una de las escenas se realizará la introducción del estímulo aversivo, posteriormente se pedirá al participante que imagine la escena y al estar listo se introducirá el estímulo aversivo, continuando con relajación. Se alternara la repetición de los escenarios.		
Encomienda de actividades	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Se indicará la realización del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación.		5 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 7**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Se brindará un panorama general de la sesión y los participantes expondrán dudas o comentarios con respecto al trabajo hecho en casa. Así mismo expresarán lo vivido al aplicar las técnicas de autocontrol y asertividad.	- Autoregistro	20 min.
Técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizará un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	10 min.
Sensibilización encubierta	Asociación del estímulo aversivo ante la conducta a reducir.	Se utilizaran las escenas "A" y "B" ya establecidas previamente por los participantes (15 minutos por cada escena). Solo practicando el ejercicio una vez.	- Tarjetas con las escenas	30 min.
Encomienda de actividades	Asignar los ejercicios para realizar en casa.	Se indicará la realización del autoregistro y la práctica de la técnica de relajación.		5 min.

**TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR**

Proyecto PAPIIT IN 304309

**SESIÓN No. 8**

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tareas	Analizar el trabajo encomendado para casa, así como brindar un panorama general de la sesión.	Se brindará un panorama general de la sesión y los participantes expondrán dudas o comentarios con respecto al trabajo hecho en casa.	- Autoregistro	10 min
Técnica de relajación	Fortalecer el control de los estados de relajación.	Se realizara un ejercicio de relajación progresiva, trabajando todos los grupos musculares de la técnica. Practicaran la técnica en casa.	- Disco con la pista (para el trabajo en casa)	10 min.
Sensibilización encubierta	Asociación del estímulo aversivo ante la conducta a reducir.	Se utilizaran las escenas "A" y "B" ya establecidas previamente por los participantes (15 minutos por cada escena). Solo practicando el ejercicio una vez.		20 min.
Aplicación de cuestionarios	Obtener el pos test del proyecto. Evaluar el desempeño de cada paciente.	Aplicación de los cuestionarios para obtener los datos que nos ayudaran a establecer los parámetros estadísticos de la intervención	- Ansiedad de Beck - ASI -3	15 min
Evaluación de programa	Se busca una retroalimentación y la percepción de la efectividad del programa.	" <b>El Sol</b> " Cada participante elegirá un postick del color indicado (rojo, alto nivel de satisfacción; anaranjado, moderado nivel de satisfacción y amarillo, bajo nivel de satisfacción), en el pizarrón se encuentra la lamina de un sol con tres círculos, que hacen referencia al nivel de satisfacción. El participante colocara el cuadro de papel según su nivel de satisfacción. El centro	- Lámina con el dibujo del sol. - Posticks de tres colores	25 min.

		<p>indica alto nivel de satisfacción, El círculo de en medio indica moderado nivel de satisfacción y el círculo de la orilla hace referencia a un bajo nivel de satisfacción. Posteriormente cada participante mencionara la razón de su decisión.</p>		
Cierre del programa		<p>Se agradecerá la participación en el taller y se mencionara que si desean saber los resultados del proyecto escriban su correo para enviárselos.</p>		5 min.