



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
LA CESACIÓN DEL TABAQUISMO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

GARCÍA FLORES PAULINA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

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

Ciudad Universitaria, abril, 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.

Dedicatoria.

Solo tengo toda la gratitud hacia mis padres que han hecho los cimientos de la persona que soy, ellos han sabido transformar la adversidad en una oportunidad, son inspiración en mi vida, ejemplo y amor. Gracias mamá por todos tus cuidados, paciencia y sacrificios; gracias papá por todo su apoyo, comprensión y entendimiento.

A mis hermanas que están ahí en cada instante que mi alma las ha necesitado, por sus palabras, las noches de desvelo, y cada momento compartido, gracias los amo.

A mis amigos que en cada una de las etapas de mi vida han contribuido con experiencias, reflexiones, alegrías, sonrisas, tristezas, viajes, instantes y momentos que atesoro enormemente, que han estado ahí, me han apoyado, escuchado y sobre todo me han dado su cariño. Los amo, su amistad es lo más grande de este mundo.

A mis profesores, educadores y filósofos de la vida que han enriquecido a esta mente y que han brindado parte de su experiencia, sabiduría y conocimiento.

Gracias

Índice

Introducción.	4
Capítulo 1. Sensibilidad a la ansiedad	7
1.1- Sensibilidad a la ansiedad y tabaquismo.	11
1.2- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	12
1.3- Trastornos inducidos por nicotina	15
Capítulo 2. Tabaquismo.	17
2.1. Composición del tabaco.	19
2.2 Epidemiología del tabaquismo.	20
2.3 Enfermedades relacionadas con el tabaquismo.	23
2.4 Inicio y mantenimiento de la adicción al tabaco.	24
Capítulo 3. Tratamientos psicológicos para el abuso de sustancias.	29
3.1 Modelo transteórico del cambio (TTM).	30
3.2 Entrenamiento en habilidades de resistencia	33
3.3 Condicionamiento encubierto	34
3.4 Sensibilización encubierta.	35
Capítulo 4. Metodología.	40
4.1 Planteamiento del problema y justificación.	40
4.2 Pregunta de investigación.	41
4.3 Objetivo.	42
4.5 Hipótesis.	42
4.6 Definición conceptual de variables	43
4.7 Definición operacional de variables	46
4.8 Diseño de investigación.	47
4.9 Participantes.	47

4.10 Instrumentos.	47
4.11 Procedimiento.	48
Capitulo 5. Resultados	50
5.1 Resultados.	50
5.2 Índice de Cambio Confiable.	59
5.3 Discusiones y conclusiones.	74
Referencias.	79
Anexo.	84

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo la conducta de fumar fue vista por la sociedad como algo normal, era permitido y se consideraba como una persona de estatus a aquella que practicará esta conducta, sin embargo esto poco ha cambiado al pasar de los años, el tabaquismo afecta a cualquier estatus social, no contempla limitaciones en género, edad o religión. En la actualidad, el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera (WHO, 1997).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es causa de más muertes en el mundo que el virus de la inmunodeficiencia humana, el alcoholismo, la tuberculosis, los accidentes automovilísticos, los incendios, los suicidios y los homicidios, considerados en conjunto. Cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (cinco millones al año) por alguna de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El futuro no se vislumbra mejor; se calcula que si los actuales patrones de consumo de tabaco se mantienen, en el año 2020 se producirán 10 millones de muertes por esta causa y siete de cada 10 serán habitantes de los llamados países en vías de desarrollo (Ponciano & Morales, 2001).

En México aproximadamente trece millones de personas entre 18 y 65 años de edad que viven en áreas urbanas son fumadores, uno de cada cinco varones ya había consumido tabaco al término de los 17 años de edad (INEGI,

2005). Esto ha generado que se lleven a cabo intervenciones en el marco de la psicología, para ayudar a la eliminación de dicha conducta.

Durante mucho tiempo se conoció el uso, abuso y dependencia del tabaco como un hábito, tomando como referencia que el hábito es una conducta que se establece a través de una serie de repeticiones, que se ejecutan en un período de tiempo y una vez establecida se mantiene a través de los años sin variaciones. El llamado “mal hábito tabáquico”, comienza con el experimento inicial de fumar un cigarrillo, posteriormente la persona empieza a fumar todos los días y hasta aquí todo coincidiría con el hábito sin embargo, al cabo de un tiempo la persona aumenta el número de cigarrillos que consume por día, esto como resultado de desarrollar la tolerancia al tabaco, es decir se necesita una cantidad mayor de tabaco para conseguir el efecto que se obtenía al principio. Sin embargo no es único, el consumidor también experimenta una serie de síntomas por la falta de tabaco, cuando permanece tiempos prolongados sin fumar, llamando a este proceso, síndrome de abstinencia, esto ocurre cuando se ha desarrollado dependencia hacia el tabaco, pues ya no puede dejar de consumir dicha sustancia (Ocampo & Magallan, 2007).

Se han realizado distintos estudios que explican los componentes que influyen en la persistencia del consumo de tabaco, en ellos se propone que la Sensibilidad a la Ansiedad (SA) funge como un buen predictor en el consumo de tabaco. El hecho de experimentar síntomas de ansiedad como nerviosismo, sudoración, falta de concentración, respiración agitada, taquicardia, entre otros, provocan que las personas sientan temor de que su salud corra riesgo o de ser desaprobados por los demás, si notan dichos síntomas (Jurado, 2008).

Jurado, et al (2008), postulan la hipótesis de que existen preocupaciones físicas y sociales, en el marco de la SA, parecen contribuir para que los individuos se decidan a probar el tabaco por primera vez o constituirse como fumadores cotidianos. En consecuencia el tabaco podría actuar como medio para hacerse de una herramienta que permita evitar dicha estimulación aversiva.

Tomando en cuenta estos factores el siguiente trabajo, fórmula una intervención cognitivo-conductual para la cesación del tabaquismo concentrándose en el manejo de la SA y empleando distintas técnicas de autocontrol, asertividad y relajación que tienen por fin realizar un cambio en la conducta de fumar.

Capítulo 1

SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

La ansiedad está asociada con la presencia de sesgos cognitivos (Cox, Endler y Swinson, 1995), que llevan a considerar como catastróficos eventos que no representan una amenaza en sí. La preocupación por las consecuencias adversas encierran miedos irracionales que se sobregeneralizan a otras situaciones cuyas consecuencias fueron negativas y que tiene características simples (Ellis, 2000). Por ejemplo, si una persona ansiosa se entera de que un familiar o amigo fue atropellado al término de un encuentro entre ambos, es probable que sienta miedo, comenzando a pensar que puede tener el mismo incidente, o que puede ocurrir en cualquier momento, entonces empezará a temer cruzar las calles y avenidas y a no querer salir sola por temor a que le pase lo mismo.

Los trastornos de ansiedad se expresan como algo constante e impactante, que se dispara de una manera exagerada sin importar cuantas veces se haga frente a la situación ansiógena, deteriorando la calidad de vida de la persona. La categoría de trastornos de ansiedad del DSM-IV comprende 11 patologías diferentes, vinculadas con factores psicológicos y médicos que se despliegan en una lista de cotejo de síntomas, permitiendo diagnosticar en base a la frecuencia y número de síntomas, cada trastorno específico.

Si bien la preocupación es un componente básico de todos los trastornos de ansiedad y de otros del Eje I, existen diferentes formas en que se presenta por ejemplo, en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es más amplia,

frecuente, excesiva e incontrolable. En contraste, el *trastorno de angustia* se caracteriza por la preocupación de experimentar una crisis de angustia con más de un foco de atención interno, en comparación con el TAG, en el que la atención se centra en acontecimientos externos y futuros. Por otro lado el trastorno de *fobia social* está dirigido de manera específica hacia el temor de que los demás valoren negativamente a la persona o la avergüencen. En el trastorno *obsesivo-compulsivo*, las obsesiones van dirigidas a una preocupación específica (p. ej., miedo a contaminarse, a perder el control). La raíz del temor en el *trastorno de estrés postraumático* está relacionada con un suceso traumático específico que se revive de manera constante. En contraste con el TAG, el *trastorno de somatización* se caracteriza por múltiples quejas físicas, por el contrario la hipocondría implica un temor de padecer una enfermedad grave. En los trastornos del estado de ánimo (p. ej., *trastorno depresivo mayor, distimia*), las rumiaciones de pensamientos a menudo son negativos acerca del pasado, en comparación con el TAG, en el que se dirigen más hacia el futuro (Nezu 2006)

Conocer estas diferencias nos ayuda a entender con más claridad el término de Sensibilidad a la Ansiedad (SA), Esta sensibilidad radica en el miedo que se tiene de padecer la ansiedad misma, al igual que sus manifestaciones como son palpitaciones, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas, mareo, entre otras.

El antecedente principal sobre el que se ha desarrollado la SA, se vincula con los informes de lo que se denominó “miedo al miedo”. Esta propuesta

comprendía la tendencia de los individuos al temer los estímulos asociados con la presencia de un evento amenazante, es decir, ante un ataque de ansiedad que se presenta con frecuencia, los sujetos comenzaban a temer la presencia de los síntomas aversivos, las náuseas, el mareo o la dificultad para respirar.

Reiss y McNally (1985), proponen que el miedo al miedo era un concepto unitario que podía ser abordado en dos dimensiones: la primera la expectativa a la ansiedad y la segunda, la sensibilidad a la ansiedad (SA). La expectativa a la ansiedad, es un aprendizaje primordialmente asociativo, donde se establece la relación que con determinado estímulo se puede activar ansiedad o miedo, mientras que *la SA, es una variable individual que predispone a la creencia de que experimentar ansiedad o miedo puede llevar a la persona a enfermarse, sentir incomodidad social o generar ansiedad adicional*, es decir que no necesariamente existe la presencia del estímulo.

Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986), encontraron que la SA se diferenciaba del constructo general de ansiedad, ya que comprendía más que la simple frecuencia a presentar síntomas relacionados con la ansiedad, por lo que construyeron el Anxiety Sensitivity Index (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, ASI), con el propósito de hacer posible la medición del grado de SA con los factores específicos que predisponen el desarrollo de ataques de pánico, además de comenzar a estudiar su validez como constructo unitario.

Posteriormente se construyó el Anxiety Sensitivity Index Revised (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad revisado, ASI-R) y el Anxiety Sensitivity Profile (Perfil de Sensibilidad a la Ansiedad, ASP), ambos eran una versión extendida

del ASI original que pretendía por medio de reactivos más específicos, derivados de estudios sobre la SA, encontrar una estructura dimensional y jerárquica de variables que se correlacionarán con el constructo general. Estos instrumentos arrojaron evidencia de variables tales como: miedo a síntomas respiratorios, miedos a síntomas cardíacos, descontrol cognitivo y miedo a síntomas gastrointestinales como factores independientes que se podían relacionar con la SA.

Con el tiempo se continuaron haciendo estudios que validaran la SA como un constructo unitario. Cox, et al. (1999) correlacionaron la sensibilidad a la ansiedad con el modelo de cinco factores de personalidad para conocer su naturaleza y posible origen, y cuyos datos arrojaron evidencia indicando que la SA está asociada con variables propiamente cognitivas y de estados emocionales negativos.

Hoy en día se postula que la SA es independiente al constructo de ansiedad general, compuesto por tres factores de orden inferior a) preocupaciones físicas, b) preocupaciones cognitivas y c) preocupaciones sociales. Estos factores se retoman dentro del trabajo de Taylor et al (2007), donde recientemente llevaron a cabo la validación de una escala alterna a las ya establecidas, propusieron el ASI-3, una versión actualizada que retoma factores evaluados por ASI y el ASI-R, encaminado a medir principalmente las tres dimensiones que componen la SA en base a 18 reactivos. Este estudio se realizó en una muestra internacional y es una de las aportaciones más recientes en la medición de la SA, probando cualidades psicométricas más altas en comparación a las del ASI y consistencia entre poblaciones y género.

1.1 Sensibilidad a la ansiedad y tabaquismo

Se han realizado investigaciones sobre la interpretación que se tiene de los estímulos internos; producto del consumo de sustancias como es el caso del tabaco. En las cuales se postula que la relación de la SA con el consumo del tabaco, guarda especial importancia en el desarrollo de ataques de pánico.

Zvolensky, et al. (2004), propusieron un modelo de regulación de afecto entre fumar y el trastorno de pánico. Este modelo postula que entre los fumadores regulares, la SA se comporta como un factor que impulsa a fumar debido a la reducción de la afectividad negativa y sensaciones corporales displacenteras. Es decir, que los fumadores regulares, interpretan los estados afectivos negativos como pueden ser la incapacidad para relajarse, la agitación corporal o la propia ansiedad, como peligrosos, por lo que la conducta de fumar se ve reforzada, asociando la conducta como el medio para contrarrestar dichos estímulos aversivos, y así neutralizar la estimulación.

Boon-Miller, et al. (2005) mencionan que la SA no se asocia con el hecho de ser dependiente de la nicotina o al número de cigarrillos consumidos, más bien, está asociada a los intentos por dejar de fumar. Por otro lado González, et al. (2009) encontraron que la SA está significativamente relacionada con motivos de imitación, adicción y otros de la conducta de fumar, así como con barreras bien percibidas para dejar de fumar. En otro estudio Feldner, et al. (2008) confirmaron que el nivel de tabaquismo y los niveles de síntomas de estrés postraumático son moderados por la SA. Mcleish, et al. (2007) observaron que la SA es un importante factor de diferencia individual, que

asociado con altas frecuencias de tabaquismo, está relacionado con altos niveles de evitación y ansiedad anticipatoria entre fumadores regulares.

En México, se realizó un estudio enfocado en encontrar la consistencia de la relación de pánico, SA y fumar. Se buscaba probar el modelo fuera de la población estadounidense en que se había consolidado, encontrando que en la población mexicana sólo el nivel de orden inferior de preocupaciones físicas del ASI está significativamente relacionado con el deterioro temprano en individuos fumadores. Este efecto se observó por encima de factores afectivos negativos, cigarrillos consumidos y consumo de alcohol (Zvolensky, et al. 2007).

1.2 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia, las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio se demuestra que los síntomas relacionados con los trastornos antes mencionados, aparecen durante la intoxicación o abstinencia de sustancias en el primer mes subsiguiente; son múltiples las sustancias capaces de dar lugar a la aparición de trastornos de ansiedad a continuación se enlistan algunas de ellas:

Sustancias cuya intoxicación origina cuadros de ansiedad:

- Alcohol
- Anfetamina y derivados
- Alucinógenos
- Cafeína

- *Cannabis*
- Cocaína
- Fenciclidina y derivados
- Inhalantes, y otras sustancias o sustancias desconocidas.

Sustancias cuya abstinencia puede provocar cuadros de trastornos de ansiedad:

- Alcohol
- Cocaína
- Sedantes
- Hipnóticos y ansiolíticos
- Otras sustancias o sustancias desconocidas.

Fármacos que pueden ocasionar así mismo trastornos de ansiedad:

- Anestésicos y analgésicos
- Simpaticomiméticos y otros
- Broncodilatadores
- Anticolinérgicos e insulina
- Preparados tiroideos
- Anticonceptivos orales
- Antihistamínicos y antiparkinsonianos
- Corticosteroides
- Antihipertensivos y cardiovasculares
- Anticomociales

- Carbonato de litio
- Antipsicóticos
- Antidepresivos.

Otras sustancias:

- Metales pesados
- Sustancias volátiles como la gasolina y las pinturas
- Insecticidas organofosforados
- Gases nerviosos
- Monóxido de carbono y dióxido de carbono.

Las alteraciones anteriores se explican mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a este trastorno, se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas procede al consumo de la sustancia (o medicamento), los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo, cantidad o la duración tanto de la sustancia consumida y la duración del mismo, existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independientemente no inducido por sustancias (DSM- IV TR,2002).

1.3 Trastornos inducidos por nicotina.

Para el DSM-IV el diagnóstico de los trastornos sobre la nicotina se centra en cumplir criterios que reflejan malestar por la ausencia de la sustancia o una necesidad excesiva por su consumo, acompañado de deterioro en la calidad de vida de la persona, un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, además de que los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM- IV TR, 2002).

El consumo de nicotina durante al menos algunas semanas, realizando una interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) se presentan de los siguientes signos que forman parte de los criterios de diagnóstico:

- Estado de ánimo eufórico o depresivo.
- Insomnio.
- Irritabilidad, frustración o ira.
- Ansiedad.
- Dificultades de concentración.
- Inquietud.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Aumento del apetito o del peso

En general, el rol que juega la nicotina en el consumo del tabaco es por tanto alterar los estados químicos corporales provocando su dependencia a través de su efecto sedante y placentero. Esta adicción a la nicotina acarrea colateralmente el consumo de alquitrán y monóxido de carbono (Dogana, 1990) entre otras sustancias cancerígenas, lo cual deteriora y enferma la organismo. La ausencia de la nicotina produce una alteración de organismo de los individuos provocando síntomas displacenteros y el deterioro en la calidad de vida.

Capítulo 2

TABAQUISMO

El tabaquismo es una entidad clínica definida como la adicción a la nicotina del tabaco, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; cuando existen estos elementos se puede determinar que existe una forma de dependencia al tabaco.(Becoña et al, 2000).

En la adicción al tabaco se distinguen componentes físicos y psicológicos; la dependencia física tiene que ver con la presencia de la nicotina la cual es una droga psicoactiva altamente adictiva que puede tener un efecto estimulante o depresor dependiendo de la dosis o antecedentes de utilización, estimula una región del cerebro conocida como sistema dopaminérgico mesolímbico produciendo el incremento de dopamina, lo que se traduce en una sensación de placer o recompensa. La inducción repetida de placer al fumar, desempeña un papel importante en el establecimiento de la dependencia así como en la necesidad de la droga. A continuación se mencionan algunos factores que llevan a la dependencia del tabaco (Solano y Jiménez, 2002; Zarin et al, 2001; Rico et al, 1990):

- a) La nicotina produce elevados efectos de refuerzo positivo (mejoría de la concentración y del estado de ánimo, reducción de la irritabilidad y el peso).
- b) Un bolo de nicotina llega al cerebro en un plazo de 7 a 10 segundos tras la inhalación, produciendo efectos casi instantáneos.

- c) La dosis de nicotina puede controlarse mediante la forma en que se consume el cigarro.
- d) El consumo de tabaco es frecuente (un fumador regular puede administrarse hasta 200 dosis de nicotina por día).
- e) Existen muchas conductas sociales que inducen y permiten el consumo de tabaco.

Por otro lado la dependencia psicológica se caracteriza por el largo proceso de asociación entre el fumar (que produce placer) y las situaciones cotidianas durante las cuales se usa el cigarro. Entre los factores psicológicos se encuentran los cognitivos, es decir, el modo en que procesamos, categorizamos y organizamos la información que recibimos por los sentidos. Becoña et al (2000), consideran que los efectos cognitivos, las expectativas y la toma de decisiones juegan un papel importante junto con otros factores, para el comienzo, consolidación y abandono en el consumo de tabaco.

La nicotina contenida en los cigarrillos es un poderoso elemento psicoactivo; puede utilizarse para aliviar ansiedad, mantener controlado el peso, mejorar la concentración o facilitar el contacto social. Todas ellas son funciones inmediatas, seguras y con gran valor adaptativo; Sus efectos negativos por otro lado son demorados y no seguros. Pero además, fumar es relativamente barato y es compatible con casi cualquier actividad a diferencia del consumo de alcohol u opiáceos, ya que es posible fumar al mismo tiempo que se realiza cualquier otra actividad y hacerlo es socialmente aceptable (Becoña y Vázquez, 2004)

2.1 Composición del tabaco.

El tabaco tiene alrededor de 4870 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son tóxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sin embargo, sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad de generar adicción (alcaloides) de las cuales tres son secundarias: *nicotianina*, *nicotinina*, *nicotellina* y la cuarta y más importante nicotina (Bello et al, 2005).

Las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud al que lo consume; se dividen en tres subtipos:

- a) Carcinógenos.
- b) Irritantes y tóxicos.
- c) Adictivos.

Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes sustancias de color oscuro, de aspecto untoso que desprende un olor y tiene un sabor desagradable, no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes (British American Tobacco, 2007).

Las sustancias irritantes y tóxicas del tabaco dificultan la función de los cilios que son los que tapizan la mucosa del árbol respiratorio y se encargan de limpiar los microorganismos que penetran con el aire inspirado. Facilitando la entrada a gases y partículas altamente dañinas (Bello et al, 2005). Algunas de ellas son: acetona, amoníaco, benceno, dióxido de nitrógeno, hidrocarburos

clorados, insecticidas, metanol, cadmio, fungicidas, níquel, plomo entre otras. (Hoffman, 1997).

Una de las sustancias tóxicas en forma de gas que se encuentran en el tabaco es el monóxido de carbono, una gas incoloro, de elevado poder tóxico, que se produce durante la combustión del tabaco a muy alta temperatura y permite la entrada de todas las demás sustancias (Ruiz et al. 2004), en donde el papel de la envoltura es una fuente importante de producción tóxica añadida (García- Tenorio, 2000).

Como ya se mencionó, la sustancia adictiva y más estudiada es el alcaloide llamado *nicotina*, el cual es incoloro, oleaginoso, volátil e intensamente alcalino, se cree que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco, crea la dependencia, su uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia (García- Tenorio, 2000).

2.2 Epidemiología del tabaquismo.

Cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (cinco millones al año) por alguna de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El futuro no se vislumbra mejor; se calcula que si los actuales patrones de consumo de tabaco se mantienen, en el año 2020 se producirán 10 millones de muertes por esta causa y siete de cada 10 serán habitantes de los llamados países en vías de desarrollo. Los fumadores de largo plazo tienen el 50% de probabilidades de morir como consecuencia de una enfermedad relacionada con el tabaco. Y de estas defunciones cerca de la mitad ocurrirá en una edad

media entre 40 y 60 años, con una pérdida de 20 años de la esperanza de vida normal.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 la edad de inicio del consumo diario de cigarros en México es a los 16.7 años; los hombres a los 16 años y las mujeres 18, y esta diferencia es estadísticamente significativa. Cuando se compara por grupos de edad, la edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 13.7 años y de 16.8 años en adolescentes y adultos, respectivamente. De acuerdo a esta encuesta el consumo diario de cigarrillos es de siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes, cinco cigarrillos y los adultos, siete. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 – 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos.

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos durante el 2007, son las siguientes: 75.4% de los adultos y 56.4% de los adolescentes le “dan el golpe” al cigarro algunas veces o siempre; 3.2% de los adolescentes y 11% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más de 92% de los casos, tanto de adolescentes como de adultos, el periodo en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

Esta encuesta también cuestionó sobre las estrategias para dejar de fumar, solicitándole información a los fumadores activos (18-65 años) sobre la

posibilidad de dejar de fumar. Sólo 9.6% de los adolescentes y 12.3% de los adultos contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. El 42.3% de los adolescentes y 51.3% de los adultos han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (49.9% de los adolescentes y 59.4% de los adultos); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes y 15.8% de los adultos), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes y 12.1% de los adultos). Únicamente 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (goma de mascar, parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; 29.5% contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir. Finalmente, 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas mencionadas.

En el ámbito nacional, 17.1%, cerca de 13 millones, de los mexicanos corresponde a ex fumadores. La edad promedio en la que los adultos que habiendo fumado alguna vez en su vida y que al momento de la encuesta se consideraban ex fumadores dejaron de fumar fue de 27.7 años de edad: 29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres. Estos ex fumadores fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6, los hombres y 6.4,

las mujeres. Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%).

2.3 Enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

El tabaquismo es una enfermedad prevenible, asociada a problemas de salud y causas de muerte en el mundo. Dentro de las enfermedades causadas por el tabaquismo se encuentran (Pérez et al, 2002)

- Las neoplásicas (cáncer) como son: el cáncer de pulmón, labio, lengua, laringe, esófago, faringe, vejiga, cáncer uterino, y de prostata.
- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad oclusiva arterial periférica, aneurisma aórtico y hemorragias subaracnoide.
- Enfermedades respiratorias: efisema pulmonar, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, sinusitis crónica, enfermedad respiratoria inespecífica crónica e hiperreactividad bronquial.
- Enfermedades bucales: estomatitis nicotínica, melanososis del fumador, leucoplasia, caries, lengua vellosa, queratosis del fumador, gingivitis, periodontitis, halitosis y xeastomia.
- Enfermedades del aparato digestivo: úlcera péptica y gastritis.

- En mujeres embarazadas fumadoras se presenta el aborto espontáneo, placenta previa y el parto prematuro.

Otras enfermedades relacionadas son: la osteoporosis, infertilidad, cataratas, psoriasis, otitis, eyaculación precoz, menopausia anticipada y la dislipemia (aumento de colesterol y triglicéridos). En 2003, la causa de mortalidad relacionada con tabaquismo que más impactó a la población, fue la enfermedad isquémica del corazón (casi 49 personas por cada cien mil) fallecieron de este padecimiento (Pérez et al, 2002).

Dentro de los daños que son causados por el tabaquismo se debe tomar en cuenta, aquellas personas que aparecen alrededor del fumador, es decir, los fumadores pasivos, también llamados involuntarios, son aquellas personas que inhalan el humo producido por la combustión de productos del tabaco. Estas van desde los síntomas inmediatos como irritación en los ojos, nariz y garganta, náuseas, mareo a enfermedades neoplásicas como cáncer pulmonar y de garganta, respiratorias como bronquitis, neumonía, asma, sensibilidad alérgica, entre otras (Tovar, 2000).

2.4 Inicio y mantenimiento de la adicción al tabaco.

En la ENA del 2008 se encontró que la presión que ejerce la sociedad y amigos ocupa un segundo lugar entre las razones para iniciar el consumo del tabaco. El 37 % del total de fumadores respalda esta información (Corzo. 2009).

Desde el modelo conductual, se menciona que el inicio de la conducta de fumar, es una experiencia de constante recompensa, que llega a generalizarse

en diversas situaciones y contextos, creando así una compleja cadena de comportamientos.

El fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su personalidad, además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, que le proveyeron, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se vio valorado y pudo sentirse seguro, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades (Ocampo, 2007).

El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos. El adolescente se encuentra en un período de transición entre, la niñez dependiente y la edad madura independiente; en la búsqueda de su identidad; utilizará todo aquello que influya en el cumplimiento de las expectativas del medio y por lo tanto, las ejecutará; como lo es el fumar (Ocampo, 2002).

Ocampo (2007) menciona que en el tema del tabaquismo es necesario considerar como factor de riesgo “a todo aquello que permita e induzca al niño o adolescente a consumir el tabaco” Estos factores de riesgo pueden dividirse en individuales, familiares y sociales.

Dentro de los **factores individuales** como el endurecimiento y tratar de actuar como adultos, poseer pocas destrezas para hacerle frente a la vida, donde el tabaco les alivia el estrés, tener baja autoestima y depresión, baja percepción de autoeficacia, baja tolerancia a la frustración y necesidad excesiva de autoaceptación; como **factores familiares** propone tener padres,

hermanos o amigos que fuman, familiares con negligencia ante el tabaquismo, permisividad de fumar en los lugares prohibidos, indiferencia de los padres ante las necesidades emocionales, deficiencia en la comunicación y violencia familiar. Por último como **factores sociales** menciona, falta de concientización en la sociedad, accesibilidad al tabaco y al alcohol, asistencia frecuente a lugares donde se consume tabaco, influencia de campañas publicitarias en donde se exhiben valores de poder, sofisticación, sexualidad, estatus económico y/o seguridad, incumplimiento de leyes y reglamentos oficiales, desigualdad de oportunidades (pobreza) y poder adquisitivo ilimitado (riqueza).

Una vez experimentado el uso del cigarro, en la mayoría de los casos, se produce el fumar de forma regular en poco tiempo. La primera experiencia es decisiva, ya que se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta, sigan fumando es menor que en las que sufrieron mareos (Zarin et al., 2002). Otros de los factores que acompañan el mantenimiento del consumo del tabaco se remiten en especial a factores farmacológicos y en relación a la nicotina. Estos se mencionan a continuación.

Factores Farmacológicos:

Actividad de la nicotina: La nicotina actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y se relaciona con la adicción. La acción de la nicotina sobre el SNC es responsable de una serie de efectos agudos: euforia, aumento en las funciones cognitivas y alteraciones del estado de ánimo, lo que refuerza su consumo de manera potente sobre el Sistema Nervioso Periférico (SNP), la nicotina actúa produciendo cambios en la frecuencia respiratoria, presión arterial y

vasoconstricción arterial. De forma crónica produce tolerancia, por lo que se requieren dosis más grandes para lograr los mismos resultados. Su suspensión en consecuencia produce síndrome de abstinencia, ocasionando síntomas como: ansiedad, irritabilidad, aumento del apetito o de peso, nerviosismo e insomnio (Jurado, 2008).

Factores condicionantes:

Dentro de este factor encontramos, aquellos que tienen que ver con el hábito como: la asociación de determinadas situaciones (la hora de la comida, el tomar café, la hora de descanso, etc.) o de objetos (ceniceros, encendedores, una cajetilla, etc.), pueden convertirse en estímulos para encender el cigarrillo. Por lo que este tipo de estimulación es tan responsable de las recaídas como el síndrome de abstinencia. Los factores *sensoriales* como que el fumar puede producir sensaciones placenteras en los sentidos del gusto, olfato y tacto, ya que el tabaco excita terminaciones sensitivas de labios, boca, garganta y dedos. Además de que los movimientos estereotipados que conlleva la conducta de fumar convirtiéndolo casi en un ritual. Y por último los *personales*, entre estos se encuentran, la infravaloración de las consecuencias del humo, el uso del tabaco como “herramienta psicológica” (como sedante o euforizante) o se apareja con un modo de vida poco saludable, como con el consumo de alcohol, la alimentación poco equilibrada o la vida sedentaria.

Todos estos factores se correlacionan uno con el otro, por lo que es difícil canalizarlos y tratarlos de manera individual, además de que se enmarcan dentro de los factores psicosociales que constituyen a las personas (Jurado, 2008).

Una de las características de los tratamientos psicológicos es que estos no se enfocan en los aspectos bioquímicos implicados en la adicción al tabaco, sino en sus aspectos conductuales. En consecuencia asumen que la eliminación duradera del hábito debe ir más allá de la superación de los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina. Los tratamientos psicológicos se enfocan principalmente al período posterior a la presencia del síndrome de abstinencia, que es cuando se presentan las recaídas, a la vez que estos tratamientos se abordan de manera multidisciplinaria a lo largo del proceso de dejar de fumar (Aragónés, 1991).

Capítulo 3

Tratamientos psicológicos.

En términos generales, se argumenta que la gente se vuelve fumadora por el refuerzo positivo que obtienen al fumar. Las asociaciones placenteras de fumar después se generalizan en otros ámbitos. Además el fumador aprende a discriminar entre las situaciones en las cuáles fumar es gratificante y en aquellas en las que están penadas. También desarrollan respuestas a un número de estímulos condicionados (tanto externos como internos) que evocan el consumo del tabaco.

Fumar puede conceptuarse como una respuesta de escape/evitación a ciertos estados desagradables. El fumador encenderá un cigarrillo para escapar o evadir una situación incómoda.

Una vez que la persona llega a desarrollar la dependencia del tabaco suelen ser frecuentes los intentos de abandono sin ningún tipo de terapia, en su mayoría la práctica de este intento no es exitosa provocando así sentimientos de frustración y pensamientos del tipo “no puedo”.

En cuanto a los programas dirigidos al tabaquismo, se denominan programas multicomponentes, a aquellos que incluyen más de una técnica de control de la conducta. Habitualmente, estos programas incorporan técnicas de modificación de conducta; tales como el contrato de contingencias, el control de estímulos, el apoyo y las sesiones para la prevención de recaídas. En la actualidad, se ha constatado que este tipo de programas son los que muestran una efectividad mayor, claramente por encima de técnicas individuales, como grupos de autoayuda, la advertencia del médico, la

acupuntura o la goma de mascar de nicotina. La eficacia de los programas multicomponentes se sitúa según los estudios publicados últimamente al respecto, entorno al 40% al año de seguimiento (Marks, 2008).

3.1 Modelo transteórico del cambio (TTM).

Tal vez el modelo psicológico con más influencia que se haya usado en el diseño de programas de cambio de la conducta en diversas áreas de la salud ha sido el *modelo transteórico del cambio* (TTM por sus siglas en inglés). Surge a partir de las observaciones de lo que ocurre con los procesos de cambio en la psicoterapia; históricamente, este modelo evolucionó a partir de la revisión de más de 300 teorías de psicoterapia, las cuales llevaron a la identificación de seis distintos “procesos de cambio” (Becoña & Vázquez, 2004).

El modelo se plantea como un esquema explicativo general del cambio. Se basa en la premisa que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las seis etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta son las siguientes: precontemplación, contemplación, acción, mantención y contemplación de recaídas.

Posteriormente se desarrolló un modelo de *fases de cambio*, dentro del cual se contemplan estas seis etapas ya mencionadas, los siguientes son los componentes más importantes del modelo.

- Procesos de cambio: el carácter de los diez procesos de cambio y las posibles estrategias de intervención se han agrupado en dos grandes bloques: *experiencial* (aumento de la consciencia, autorrevaluación,

estimulación emocional, reevaluación ambiental y liberación social) y *conductual* (contracondicionamiento, control del estímulo, manejo del esfuerzo, autoliberación y relaciones de ayuda).

- Fases de cambio: el TTM argumenta que el cambio procede a través de seis fases, las cuales son:
 - *Precontemplación*: En este estadio no existe el planteamiento de cambiar la conducta, ya que los individuos no son conscientes de tener un problema. En este punto las ganancias por dicha conducta son mayores a los efectos aversivos que pueda tener, y si se niega a dejarlo es por falta de información o resistencia. Es decir, no intentan tomar acción en el futuro previsible.
 - *Contemplación*: El individuo es consciente de que tiene un problema y considera seriamente la posibilidad de abandonar la conducta. En esta fase no se ha hecho un compromiso serio por dejar la conducta y los factores placenteros y aversivos se evalúan como iguales, yendo estos últimos en aumento,
 - *Preparación*: En este momento se asume el compromiso serio por dejar la conducta y comienza a hacer esfuerzos por dejar de hacerlo, sin embargo la conducta aún no se suprime por completo.
 - *Acción*: En esta fase la persona cambia radicalmente su conducta, con o sin ayuda de especialistas. En esta etapa el refuerzo social es primordial.

- *Mantenimiento*: El paciente consolida el abandono de la conducta y sus esfuerzos se enfocan en prevenir recaídas. Trabajar para prevenir la recaída; pero no aplicar los procesos de cambio con tanta frecuencia como en la fase de acción.
- *Recaída*: Puede ocurrir dentro de la fase de acción o a de mantenimiento. Aparecen sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, se pueden aplicar nuevamente los procesos de cambio con menos frecuencia.
- Equilibrio decisional: Éste refleja la relativa valoración de las ventajas y desventajas de cambiar la conducta. Conforme el individuo se desplaza de la fase de la precontemplación a la fase de preparación.
- Autoeficacia: Este concepto derivado de Bandura (1977), es la confianza específica en una situación que los individuos muestran para mantener el cambio conductual, es decir autoeficacia situacional, los individuos en la fase de preparación tienen un sentido de la autoeficacia situacional más alto, que aquellos en la fase de precontemplación.
- Tentación: ésta es una medición de la intensidad de la ansiedad en una situación en particular para adoptar una conducta particular. Los tipos más comunes de situación de tentación son: el afecto negativo, las situaciones sociales positivas y la ansiedad. Se ha postulado que la tentación situacional por fumar es mayor entre las personas que están en la fase de precontemplación, a diferencia de quienes se encuentran en la fase de preparación.

La mayoría de los investigadores sienten que apesar de las diferentes críticas, el modelo sigue siendo una aproximación útil y fuerte para el entrenamiento en conductas. Sin embargo, permanece la preocupación de que este modelo no considera suficientes aspectos sociales que en ocasiones llegan a afectar el progreso de las fases de cambio (Marks, 2008).

3.2 Entrenamiento en habilidades de resistencia.

Como se ha visto el factor social es uno de los elementos que propicia el consumo del tabaco, por lo tanto un entrenamiento en habilidades de resistencia; consiste en ayudar a poder controlar las presiones sociales. Este tipo de programas se denominan de distintas maneras, por ejemplo: programa de influencias sociales, habilidades de rechazo, habilidades sociales de resistencia, entre otros.

Estos programas recogen dos aspectos centrales de estas aproximaciones: a) el objetivo de mejorar la resistencia de los adolescentes o adultos ante las influencias sociales negativas, y b) la atención hacia el entrenamiento en habilidades.

El principal objetivo de este enfoque es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde pueden encontrarse bajo presión para consumir. El objetivo es que los pacientes aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y/o adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en ese tipo de situación. Se suele incluir también un componente sobre la influencia de los medios de comunicación, especialmente sobre las técnicas empleadas por los publicistas para fomentar las conductas de consumo. (Espada, 2003).

3.3 Condicionamiento encubierto.

El condicionamiento tradicionalista parte del punto de vista de que la conducta humana se divide en eventos observables y no observables. Para explicar los fenómenos encubiertos, algunos terapeutas de la conducta mantienen un supuesto de aprendizaje-continuidad. Entre ellos Wolpe (1958), Cautela (1971), Stampfl (1967) y Homme (1965). El concepto condicionamiento encubierto se refiere a un conjunto de procedimientos basados en la imaginación que modifican la frecuencia de la respuesta mediante la manipulación de sus consecuencias. Los procedimientos operantes observables, que reducen la frecuencia de la respuesta, son las técnicas de sensibilización encubierta, extinción encubierta y costo de respuestas encubierto; los procedimientos de reforzamiento positivo encubierto y reforzamiento negativo encubierto aumentan la frecuencia de la respuesta.

Existe una tendencia hacia el desarrollo de procedimientos que manipulan las imágenes de los sujetos con el fin de modificar la conducta. Wolpe (1958) realizó una investigación de procesos encubiertos dentro del marco conductual, basándose en el supuesto, de inducir a una cliente a imaginar hechos concretos, dentro del consultorio, la conducta tanto encubierta como observable, se modificará en una dirección predecible fuera del consultorio o de la sesión de terapia, para lo cual con anterioridad se comprueba la capacidad imaginativa del cliente. Se pide a la persona que imagine la respuesta que se pretende modificar e inmediatamente una consecuencia determinada. El condicionamiento encubierto implica que, tanto la respuesta a modificar como la consecuencia, se presentan en la imaginación.

El condicionamiento encubierto tiene tres supuestos:

1. *Homogeneidad.*- Si existe homogeneidad entre las conductas observables y encubiertas, las conclusiones derivadas empíricamente de los fenómenos manifiestos, se pueden transferir a los encubiertos. El condicionamiento encubierto no supone que las respuestas encubiertas se correspondan en el mundo real más que las respuestas manifiestas, es decir, el condicionamiento encubierto no supone que las modalidades sensoriales registren fotocopias del mundo exterior.
2. *Interacción.*- Existe una interacción entre los fenómenos manifiestos y encubiertos. Es decir, cuando un individuo emite respuestas encubiertas, tales respuestas pueden influir sobre la conducta manifiesta y encubierta de una manera similar a la influencia que ejercen las conductas observables. Del mismo modo los eventos observables pueden influir sobre la conducta encubierta.
3. *Aprendizaje.*- Los eventos encubiertos y observables son controlados de forma similar por las leyes del aprendizaje (Cautela, 1977).

3.4 Sensibilización encubierta.

Las respuestas desadaptativas pueden dividirse en respuestas de evitación y aproximación, en las primeras se puede proceder con técnicas de entrenamiento asertivo, desensibilización, detección de pensamiento y la terapia de aversión- alivio, para las respuestas de aproximación se encuentra la estimulación aversiva y sensibilización encubierta, la cual tiene por propósito desarrollar una respuesta de evitación ante el estímulo desadaptativo (Cautela, 1967).

El procedimiento consiste en enseñar al paciente a relajarse, se le pide que levante el dedo índice cuando consiga relajarse completamente. Cuando lo consigue, se le indica que no puede dejar de beber (o comer, o cualquiera que sea el problema bajo tratamiento), en exceso porque es un hábito sólidamente aprendido que en la actualidad, le proporciona un alto nivel de agrado; la manera de eliminar su problema es asociar el objeto agradable con un estímulo desagradable. A continuación (mientras el paciente esta relajado y con los ojos cerrados), se le pide que visualice más claramente el objeto agradable, imaginándose a sí mismo acercándose al objeto, (cometiendo el acto compulsivo). Si el objeto es alcohol por ejemplo, se imaginará mirando un vaso que contenga la bebida. Después debe visualizar una secuencia de acontecimientos: coger el vaso, acercárselo a los labios y rosarlo con ellos. Posteriormente se le indica que empezará a sentir el estómago revuelto, imaginariamente, empezará a vomitar. El vómito se derrama por el suelo, la bebida, sus amigos y sobre sí mismo. A continuación se le indica que visualice por sí solo la escena completa y que levante el dedo cuando se lo consiga y sienta náuseas reales al hacer intención de beber, sintiéndose cada vez más mareado a medida que toca el vaso, se lo acerca, etc.

Las escenas proporcionan una sensación de alivio cuando el sujeto se vuelve de espaldas al objeto. Se le pide que imagine que, cuando salga y perciba el aire fresco, vuelva a casa y se dé una reconfortable ducha, o cuando sienta la tentación de beber y la supere; la sensación de náuseas desaparece y dejará de sentirse mareado (Cautela, 1967).

Tras varios ensayos de práctica en la consulta del terapeuta, se dan instrucciones al paciente para que continúe el tratamiento por sí solo, con tareas para realizar en casa, estas consisten en 10 – 20 repeticiones de los ensayos realizados en la consulta dos veces al día. También se le proporcionan cuidadosas instrucciones para que, cuando sienta deseos de beber, imagine que acaba de vomitar sobre la bebida. Los propios pacientes manifiestan que el tratamiento resulta bastante eficaz, si se sigue cuidadosamente. A medida que avanza la terapia, continúa la utilización del procedimiento con una técnica de autocontrol, los pacientes son capaces de controlar satisfactoriamente su conducta.

Dado que se pide al individuo que imagine una situación aversiva, en cuanto se presenta la conducta compulsiva, se trata de un procedimiento de castigo. Se hace que un estímulo aversivo aparezca tras la respuesta que se pretende disminuir. La evidencia indica que el castigo resulta bastante efectivo para reducir la frecuencia de las respuestas, y que esta reducción puede ser duradera o incluso permanente. Para producir una disminución en la frecuencia de las respuestas, se deben controlar cuidadosamente determinadas condiciones: el estímulo nocivo debe ser contiguo a la respuesta en cuestión, la respuesta debe tener una historia de reforzamientos positivos, el estímulo aversivo debe presentarse como una dimensión continua, al menos al principio, tras lo cual, puede presentarse a intervalos; el nivel de castigo debe ser claramente nocivo, pero nunca tan intenso que paralice al individuo (Cautela, 1967).

Dado que al paciente se le dice que las respuestas de náusea y vómito disminuyen y que se siente mejor en cuanto se vuelve de espaldas al objeto indeseable, es análogo el procedimiento de escape, que tiene lugar cuando una conducta determinada, pone fin a la presentación de un estímulo nocivo. Finalmente tiene lugar una conducta de evitación, como lo pone de manifiesto el hecho de que los pacientes informen que no vuelven a sentir deseo o tentación hacia el estímulo en cuestión.

Existen algunos estudios que tratan directamente de los efectos de la sensibilización encubierta sobre la conducta de fumar. Mullen (1967), realizó una investigación empleando tres grupos: un grupo de control, un grupo tratado con sensibilización encubierta y otro tratado con sensibilización encubierta de manera individual. Al cabo de seis sesiones (de media hora cada uno), el grupo control ya había reducido el consumo de cigarrillos de 16.3 a 15.4 al día. Los grupos de sensibilización encubierta redujeron la media de consumo de 15.3 a 3.6 cigarrillos al día. Los sujetos que recibieron sensibilización en grupo consiguieron una media de 5.0 cigarrillos diarios y los que recibieron el tratamiento individualmente de 0.5. Un período de seguimiento de 6 meses mostró que el grupo control consumía una media de 17.1 cigarrillos al día; los grupos experimentales de 10.1 al día. Ningún miembro del grupo control había dejado de fumar, pero dos sujetos de los grupos experimentales habían dejado totalmente de fumar. Mullen (1967), informa que para la segunda sesión, la mayoría de los sujetos experimentales comentaban que no disfrutaban plenamente los cigarrillos que fumaban (Cautela, 1977).

En otra investigación Viernstein (1968), comparó la sensibilización encubierta, con un grupo educativo y de apoyo y un grupo control en la modificación de la conducta de fumar. Se llevaron a cabo siete sesiones, y semanalmente se alternaron dos terapeutas en la administración de los tratamientos. Los sujetos sometidos a sensibilización encubierta fumaban significativamente menos cigarrillos después del tratamiento y en su seguimiento de cinco semanas. El autor también informa que los sujetos sometidos a sensibilización encubierta decían que cuando fumaban, no disfrutaban plenamente el cigarrillo (Cautela, 1977).

Capítulo 4

Método

4.1 Planteamiento del problema y justificación.

En la actualidad el consumo de tabaco es una problemática de salud pública, si bien, existen numerosos tratamientos para la cesación del tabaquismo, estos involucran en su mayoría sustitutos orales como la tableta masticable con nicotina, el parche de nicotina, entre otros; lo que en ocasiones los hace inaccesibles a determinados sectores de la sociedad. Dependiendo de la estructura del programa, es decir, si se encuentra compaginado con algún tipo de técnica psicológica, su efectividad se ve aumentada combinando ambos procedimientos: el sustituto de nicotina y un programa psicológico.

Un factor que se ha visto relacionado en investigaciones recientes, con el consumo del tabaco es la sensibilidad a la ansiedad (SA), el cual actúa como predictor de esta conducta. Ayudando a ampliar un panorama en el que podemos actuar desde la perspectiva psicológica para disminuir el consumo del tabaco.

Por otro lado existe la sensibilización encubierta que es una herramienta económica y de fácil aplicación que se puede utilizar para la disminución del consumo de tabaco, realizando cambios sobre la conducta problema. Algunas investigaciones señalan que es un procedimiento que contribuye a la disminución considerable del consumo del mismo o produce la insatisfacción al realizar la conducta.

Si tomamos como precedente que en México los recursos que se destinan al sector salud en ocasiones parecen escasos, el desarrollar programas de intervención donde la herramienta principal es la modificación de la conducta, trabajando con el compromiso de la persona por disminuir o abandonar una adicción, y se cuentan con las herramientas psicológicas necesarias para ayudar a la disminución de la conducta, como lo es, la sensibilización encubierta, manejo de contingencias, relajación, por mencionar algunas, resulta alentador el implementar programas psicológicos como el que se propone en el presente trabajo, donde se abordan el consumo de tabaco desde el punto de la SA, compaginándolo con una intervención de sensibilización encubierta, técnicas de autocontrol, asertividad y relajación.

4.2 Pregunta de investigación.

- ¿Existe una disminución significativa en los niveles de SA, ansiedad, motivos de dependencia a fumar tras la participación en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo?
- ¿Existe una disminución en el número de cigarrillos consumidos por semana después de participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo?
- ¿Existe un Índice de Cambio Confiable (ICC) aceptable en los resultados de SA, ansiedad y en los motivos de dependencia a fumar en los participantes después de participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo?

4.3 Objetivo

- ✓ Determinar si existe una disminución significativa en los niveles de SA, ansiedad y en los motivos de dependencia a fumar tras participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo.
- ✓ Observar una disminución en el número de cigarrillos consumidos por semana después de participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo.
- ✓ Determinar si existe un ICC aceptable, en los niveles de SA, ansiedad y en los motivos de dependencia a fumar en los participantes después de participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo.

4.4 Hipótesis

Hipótesis de investigación:

- ♣ Existe una disminución en los niveles de SA, ansiedad y los motivos de dependencia al tabaco tras participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo.
- ♣ Existe una disminución en el número de cigarrillos consumidos por semana tras participar en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo
- ♣ Existe un ICC aceptable en los niveles de SA, ansiedad y en los motivos de dependencia a fumar después de haber participado en la intervención cognitivo- conductual para la cesación del tabaquismo.

4.5 Definición conceptual de variables

Variable Independiente: Programa de Tratamiento: El programa consistió en una pre consulta donde se realizó la aplicación de las pruebas que conforman la batería de la presente investigación, así como una entrevista para investigar detalles de la adquisición del hábito de fumar. A continuación se presenta la estructura del taller.

Sesión	Técnicas
Uno	Encuadre del taller. Dinámica de presentación. Presentación tabaquismo Aplicación de la técnica de relajación. Explicación y encomienda de ejercicios en casa
Dos	Revisión de tareas. Explicación de técnicas de asertividad: derechos asertivos y estilos de comunicación. Control de estímulos. Práctica de técnica de relajación. Encomienda de ejercicios en casa
Tres	Revisión de tareas. Práctica de la técnica de relajación. Construcción de escenarios para la aplicación de la técnica de sensibilización.

	Encomienda de tareas
Cuatro	<p>Revisión de tareas.</p> <p>Técnica de Asertividad: aserción negativa e interrogación negativa.</p> <p>Técnica de autocontrol: Fortalecimiento de la sugerencia.</p> <p>Práctica de la técnica de relajación.</p> <p>Aplicación del ejercicio de Sensibilización encubierta.</p> <p>Encomienda de actividades.</p>
Cinco	<p>Revisión de tareas.</p> <p>Técnica de Solución de problemas.</p> <p>Práctica de la técnica de relajación.</p> <p>Práctica de la técnica de Sensibilización encubierta.</p>
Seis	<p>Revisión de tareas.</p> <p>Explicación de técnicas de Asertividad: Disco rayado y banco de niebla.</p> <p>Práctica de la técnica de relajación.</p> <p>Técnica de autocontrol: Manejo de contingencias.</p> <p>Aplicación del ejercicio de Sensibilización encubierta.</p> <p>Encomienda de actividades.</p>
Siete	<p>Revisión de tareas.</p> <p>Práctica de la técnica de relajación.</p> <p>Aplicación del ejercicio de Sensibilización encubierta.</p> <p>Encomienda de actividades.</p>

Ocho	Revisión de tareas. Práctica de la técnica de relajación. Aplicación del ejercicio de Sensibilización encubierta. Aplicación de los cuestionarios para la realizar el pre-test. Cierre del taller. “dinámica del sol”
------	---

Sensibilización encubierta: Técnica que consiste en procedimientos basados en la imaginación que modifican la frecuencia de respuesta de la conducta desadaptativa, mediante la manipulación de sus consecuencias.

Autocontrol: Procedimientos operantes de autoadministración, que reducen o aumentan según sea el caso, las probabilidades de presentación de la conducta problema, es decir, implica los esfuerzos simultáneos, para aumentar las probabilidades de ciertos tipos de respuestas, a la vez que se disminuyen las de otros tipos de respuestas.

Asertividad: Habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones, de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa que tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario.

(Aguilar, 1987).

Variable dependiente:

Sensibilidad a la Ansiedad.- Consiste en el miedo a los síntomas de ansiedad, el cual surge debido a la creencia de que dichos síntomas tienen consecuencias dañinas. (Donnell y McNally, 1989).

Ansiedad.- La ansiedad es un miedo exagerado e innecesario, habitualmente relacionado con más “daño” mental que físico, donde el paciente confunde lo que piensa con lo que puede pasar (Lega, Caballo y Ellis, 1998), es decir es la anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia, acompañado de un sentimiento de inquietud, o síntomas de tensión (APA, 1999).

Tabaquismo.- Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo de acuerdo a sus efectos en el SNC y SNA (Moreno et al., 2003).

4.6 Definición operacional de las variables.

Variables independientes.- Programa de tratamiento.

Variable dependiente.- Sensibilidad a la Ansiedad. Está representada por las puntuaciones obtenidas por los participantes en el ASI-3.

Ansiedad.- Está representada por la puntuación obtenida por los participantes en el Inventario de ansiedad de Beck.

Tabaquismo.- Está representado por los puntajes del Cuestionario de Historia de Tabaquismo y por los puntajes del Inventario de Motivos de Dependencia a Fumar de Wisconsin-68 obtenidos por los participantes en cada una de estas escalas.

4.7 Diseño de investigación.

El diseño es un pretest – postest aplicado a una muestra no probabilística. También se aplicó el Índice de Cambio Confiable para cada uno de los participantes en cada una de las pruebas que conforman la batería. (Kerlinger, 1985).

4.8 Participantes

La muestra no probabilística consistió en 10 personas de entre 26 y 66 años que respondieron a la convocatoria y asistieron a las 8 sesiones del taller. Para los criterios de selección de muestra solo se pidió que fueran fumadores cotidianos, es decir que su consumo de cigarrillos fuera diario y que tuvieran iniciativa por dejar de fumar.

4.9 Instrumentos

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ISA-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 0.41 interna de 0.74-0.86 y una validez de 0.59 - 0.63, para población mexicana (Taylor et al., 2007)

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. No posee respaldo psicométrico porque es un instrumento descriptivo, por lo que no puede computarse en esos términos (Zvolensky, et al. 2007).

Inventario de motivos de dependencia a fumar de Wisconsin (Wisconsin-68):

Mide la conducta de fumar por medio de 68 reactivos agrupados en 13 subescalas: apego, automatismo, conducta de elección/mejoramiento/reforzamiento alternativo, vigorización cognitiva, antojo, exposición a claves/proceso asociativo, pérdida de control, reforzamiento negativo, reforzamiento positivo, estimulación social o ambiental, propiedades sensoriales, sabor, tolerancia y pérdida de peso. Está construido en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “para mí nada verdadero” y 7 es “para mí extremadamente verdadero”. Cuenta con un valor alfa de .73-.95 (Piper, Piasecki, Federman, Bolt, Smith, Fiore y Baker, 2006; Jurado, 2008).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Escala auto aplicable 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, Varela, Jurado y Páez, 2001).

4.10 Procedimiento.

Se realizó una convocatoria para el taller vivencial para reducir la conducta de fumar, por medio de carteles que fueron colocados en las cercanías del lugar. Las sedes de los talleres consistieron en algunos centros de salud T-III de la Secretaría de Salud del DF.

Los carteles indicaban lugar, fecha y horario de inicio de los talleres así como un correo electrónico y un teléfono para la inscripción previa.

El taller consistió en una pre consulta para la aplicación de los cuestionarios que conformaban la batería de la investigación y una entrevista sobre datos sociodemográficos donde se incluían preguntas sobre la adquisición del hábito. Posteriormente se dio paso a la aplicación de un programa cognitivo – conductual, que tenía como fin la disminución y/o cesación de la conducta de fumar.

El taller consistió en ocho sesiones, una vez a la semana con un tiempo aproximado de 90 min, en donde se emplearon procedimientos conductuales como la sensibilización encubierta, autocontrol donde se engloban técnicas de control de estímulos, relajación progresiva y asertividad. Las cuales ya se expusieron con anterioridad, en el apartado de variables conceptuales.

Capítulo 5

RESULTADOS.

Analizando las características demográficas de la muestra que consistió en 10 participantes, podemos indicar que la edad media de los mismos fue de 46 años con un valor mínimo de 26 y máximo de 66 años. El 60% de los participantes estuvo conformada por mujeres, en la gráfica 1 se muestra la condición civil del total de la muestra y los porcentajes correspondientes.

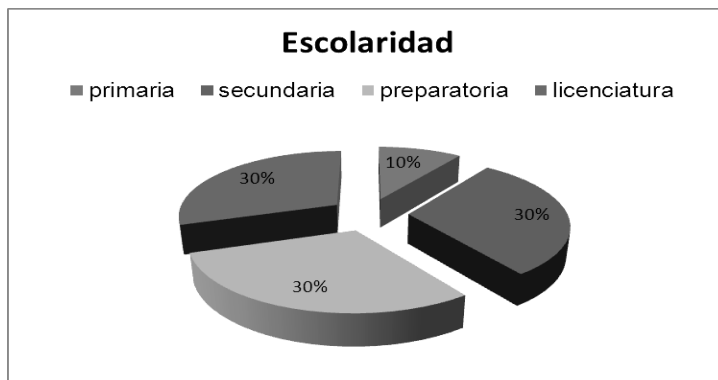
Gráfica 1



Se puede observar que la muestra estuvo conformada por un 40% de participantes solteros, un 30% casados y divorciados con un 30%.

La gráfica 2 indica la escolaridad de la muestra en términos de porcentajes, donde observamos una aparente equidad entre los niveles de secundaria, preparatoria y licenciatura con un 30%.

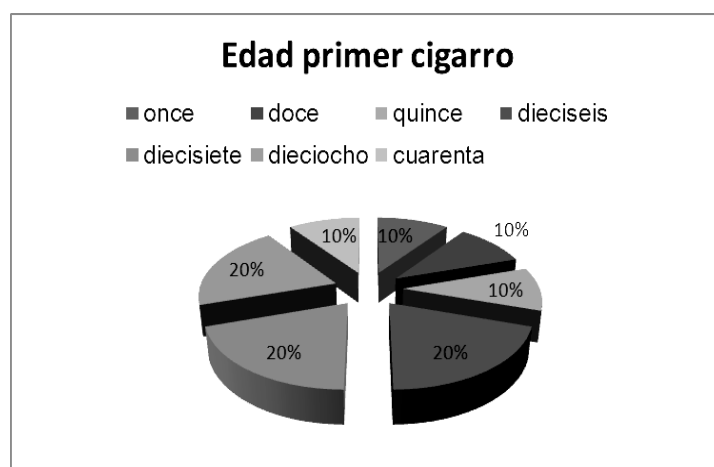
Gráfica 2



A continuación se muestran los resultados descriptivos obtenidos del Cuestionario de historia del fumador, solo se tomaron en cuenta las preguntas 7 a 14 de dicha prueba ya que son aquellas con relevancia para esta investigación.

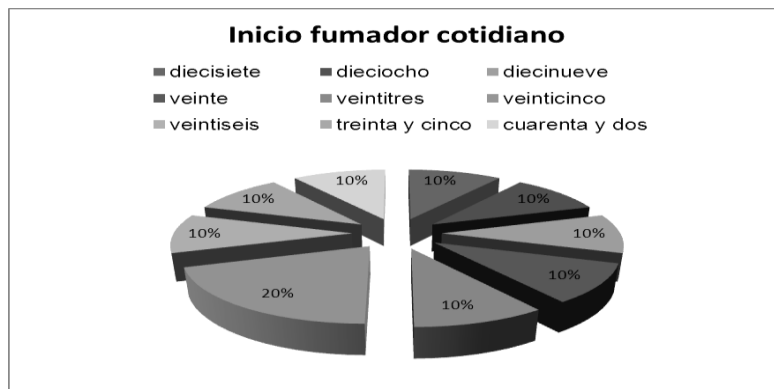
La gráfica 3 muestra el porcentaje en la edad en que los participantes fumaron por primera vez un cigarro. Como se observar hay una variabilidad en las edades sin que se note una predominancia por alguna.

Gráfica 3



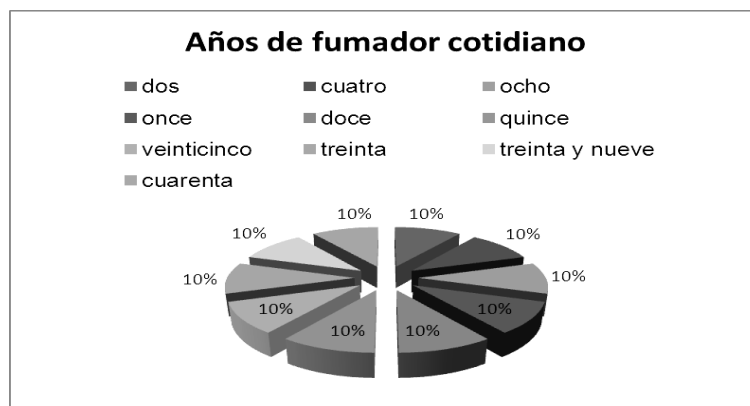
En la gráfica 4 señala los porcentajes de edad en que los participantes se volvieron fumadores cotidianos, en el análisis descriptivo podemos notar un rango de 25 años con un mínimo de 17 y un máximo de 42 años. No se muestra una predominancia por alguna edad.

Gráfica 4



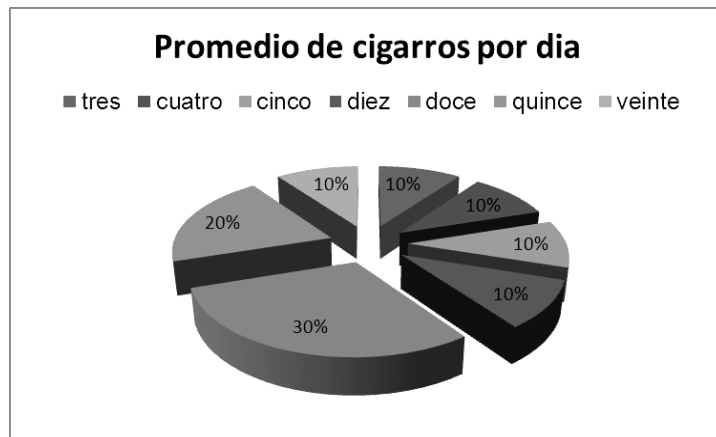
En la gráfica 5 se aprecia el porcentaje de años en que los participantes han sido fumadores cotidianos, es decir no han interrumpido su consumo de tabaco de manera significativa. Se encontró una media de 18.6 años con un valor mínimo de 2 y máximo de 40 años. No hay un valor que predomine de acuerdo a la muestra de 10 participantes.

Gráfica 5



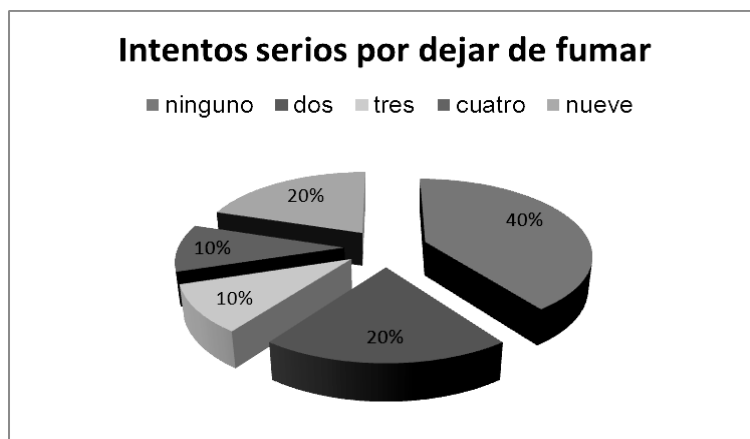
La grafica 6 muestra el promedio de cigarros por día que fumaron antes de iniciar el taller, como se observa el valor que predomino fue de doce cigarrillos con un 30% de la muestra.

Gráfica 6



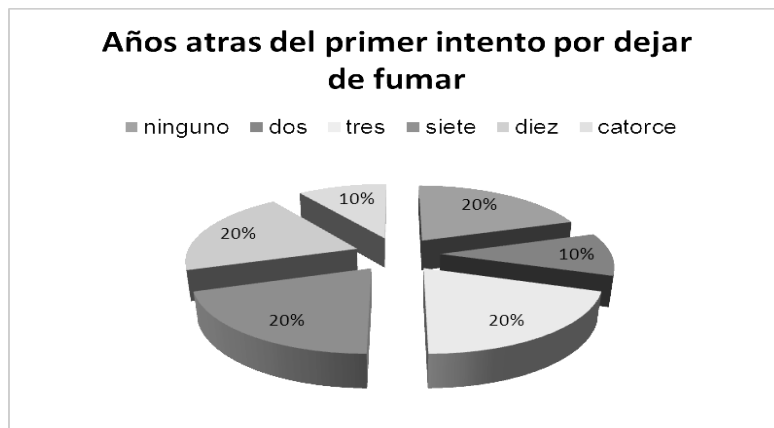
La gráfica 7 incluye el porcentaje de los intentos serios que se hicieron por dejar de fumar, entre estos valores el más alto es 40% que representa ningún intento por dejar dicha conducta.

Gráfica 7



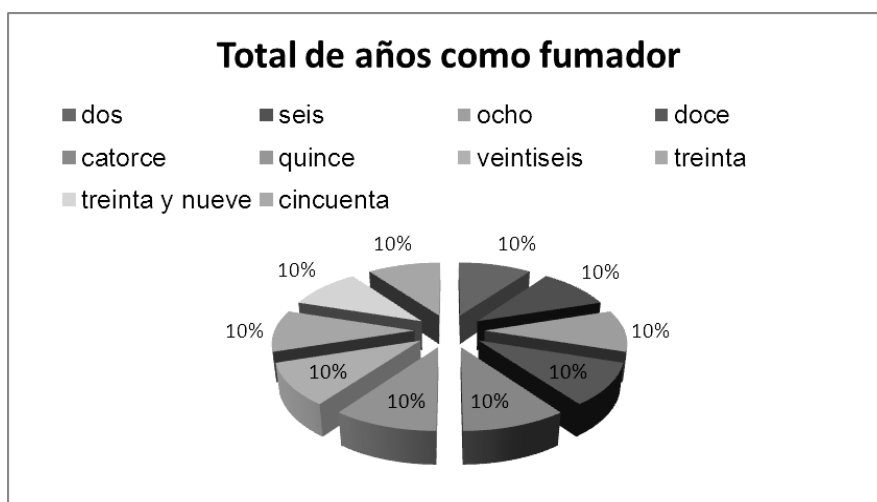
La gráfica 8 muestra el porcentaje de años en los que los participantes hicieron el primer intento por dejar de fumar con un mínimo de 0 y un máximo de 14 años. Ningún intento, tres, siete y diez años representan un 20% de la muestra.

Gráfica 8



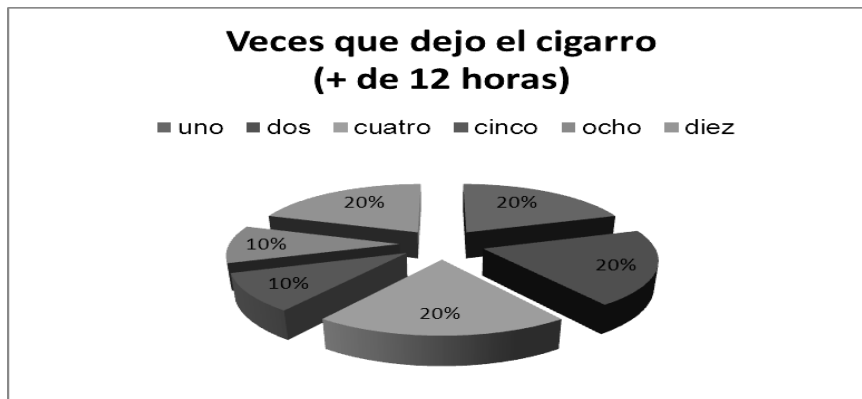
En la gráfica 9 se encuentra el porcentaje del total de años que han fumado, no se encuentro un valor que predomine, por lo cual se encuentran representadas las 10 respuestas de la muestra.

Gráfica 9



La gráfica 10 incluye el número de veces que los participantes han dejado de fumar por mas de 12 horas, con una media de 4.7 veces, un minimo de 1 y un máximo de 10 veces.

Gráfica 10



En la gráfica 11 nos muestra una comparación entre los porcentajes de respuesta que se obtuvieron al comparar el promedio de cigarrillos fumados por día antes y al final de la intervención. Las barras a la izquierda muestran los porcentajes al inicio, y las barras a la derecha el porcentaje de consumo un día antes de finalizar el taller.

Como se observa doce y quince cigarrillos están con un 30% y 20% respectivamente, valores tomados al inicio de la intervención, en comparación con el 30% de un cigarrillo y el 20% de cero, cuatro y siete cigarrillos, valores tomados un día antes de terminar el taller, a la izquierda se encuentran los datos antes de intervención y a la derecha los datos tomados el último día del taller.

Gráfica 11



La gráfica 12 incluye el promedio de cigarrillos consumidos por día, una semana antes de iniciar el taller (gráfica lado izquierdo) comparandolo con los valores de la semana anterior al termino del taller (gráfica lado derecho) Como se observa el promedio antes de la intervencion era de quince cigarrillos consumidos diariamente, es decir un 30%, en comparacion con cero, uno y tres cigarrillos, el 20% respectivamente consumidos diariamente una semana antes de finalizar el taller.

Gráfica 12



Los puntajes de las pruebas restantes fueron analizados por pruebas no paramétricas donde se aplicó la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, se analizaron los inventarios ASI-3, BAI y Wisconsin 68.

La prueba Wilcoxon para el pre y post-test de ASI-3 no fue estadísticamente significativa, arrojando un valor $z = -0.35$ con una $p < 0,72$. Lo que nos indica que no existieron diferencias significativas en los puntajes de la prueba, es decir no hay una disminución significativa en los niveles de sensibilidad a la ansiedad.

Se analizaron los tres factores que conforman la prueba ASI-3 factores físicos, cognitivo y sociales, para delimitar alguna diferencia en los resultados. Para el factor físico se encontró un valor de $z = -1.12$ con una $p < 0.25$, para el factor

cognitivo se obtuvo $z = -0.27$ con $p < 0.78$ y para el factor social $z = .00$ con $p < 1$. Lo que nos indica que no fueron significativos en ninguno de los tres factores..

En el caso de la prueba Wisconsin de motivos de dependencia a fumar el pre y post test arrojó un valor de $z = -2.80$ $p < .005$ lo que la hace estadísticamente significativa, corroborando la hipótesis de investigación, indicando que los motivos de dependencia a fumar cambiaron durante el proceso.

Para la prueba BAI se obtuvo una $z = -1.98$ con una $p < .047$ lo que la hace estadísticamente significativa apoyando la hipótesis de investigación que indica que hay una diferencia significativa en el nivel de ansiedad antes y después de la intervención.

En el caso de los autoregistros, estos fueron analizados mediante la prueba Friedman para muestras relacionadas, cabe aclarar que la muestra de los autoregistros solo fue de 9 ya que no se contó con la totalidad de autoregistros de un participante. A continuación la tabla 1 muestra los resultados.

Tabla 1

Rangos	
	Rango promedio
uno	6.67
dos	6.00
tres	5.11
cuatro	3.50
cinco	3.06
seis	2.33
siete	1.33

Estadísticos de contraste	
N	9
Chi-cuadrado	47.635
Gl	6
Sig. asintót.	.000

a. Prueba de Friedman

Como se observa se obtuvo una chi-cuadrada de 47.63 con 6 grados de libertad y una $p < .000$ indicando que hay diferencias estadísticamente significativas apoyando la hipótesis de investigación que marca que se encontró una disminución en el consumo de tabaco después de participar en el taller cognitivo-conductual para la cesación del tabaquismo.

5.1 Índice de Cambio Confiable.

La evaluación de las intervenciones psicológicas es indispensable por dos razones; 1) permite considerar si los procedimientos utilizados logran un cambio en el sujeto y 2) si el cambio observado es de suficiente magnitud. Para llevar a cabo este análisis, generalmente se ha recurrido a procedimientos de comparación experimental, en los cuales se emplea la estadística descriptiva e inferencial para evaluar los efectos de la intervención. Al emplear estos procedimientos, el investigador espera que los resultados sean estadísticamente significativos, es decir que la estimación de la probabilidad de las diferencias en los resultados observados no se deba a eventos fortuitos, sino a un efecto de la intervención. Sin embargo la significancia se ve afectada por diversos factores, entre los más destacados se mencionan: a) la magnitud del efecto, b) el tamaño de la muestra, c) la confiabilidad del efecto y d) los instrumentos de medición utilizados (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002)

El Índice de Cambio Confiable (ICC) tiene por propósito evaluar el cambio clínico significativo en un sujeto; cuando participó en una situación clínica grupal específica. El ICC se diferencia de los métodos tradicionales basados únicamente en herramientas estadísticas, ya que con este procedimiento se

puede considerar la variabilidad de la respuesta del tratamiento de persona a persona. Además indica la proporción de participantes que se ha mejorado o recuperado como resultado de la intervención. El ICC es un criterio que también permite determinar si el grado de cambio es de suficiente magnitud como para exceder el margen del error de las mediciones efectuadas.

El ICC se presenta cuando el sujeto manifiesta comportamiento normal; por *normalidad* se propone el intervalo ubicado entre \pm dos desviaciones estándar alrededor de la media estadística de respuesta de la conducta de interés. Si la media estadística de las puntuaciones en dicha variable de los sujetos tratados cae dentro del rango mencionado del grupo funcional, entonces puede decirse que los sujetos no se distinguen unos de otros y que se ha alcanzado la significancia clínica (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002).

Una vez obtenido el valor del cambio significativo, se compara contra la distribución **z** cuyo valor más aceptable es de ± 1.96 , que equivale a dos desviaciones estándar. Si el resultado del cambio confiable está fuera de este valor, es decir si es superior a dicho valor, es poco probable que el cambio en el comportamiento ocurra debido al azar o alguna variable extraña, lo que da certeza al investigador de que la intervención fue la responsable del cambio observado en el participante (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002). A continuación se muestra la fórmula del ICC:

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

En donde:

CS= cambio significativo

X_1 = puntuación pres test del sujeto

X_2 = puntuación post test del sujeto

S_{dif} = error estándar de la diferencia de medición entre dos puntajes de la prueba.

El primer paso es calcular el error estándar de las diferencias de medición entre dos puntajes, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

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

En donde S_E = error estándar del puntaje de la prueba.

Al sustituir los datos en la formula tomando los valores del caso 1, con respecto a la prueba ASI-3 se obtiene el siguiente resultado: (Taylor, et al, 2007)

$$S_{dif} = \sqrt{2(1.8)^2} = \sqrt{2(3.24)} = \sqrt{6.68} = 2.54$$

Este valor se sustituye en la fórmula para el ICC y obtenemos el siguiente resultado:

$$ICC = \frac{5-7}{2.54} = \frac{-2}{2.54} = -0.78$$

Como se observar para el caso 1 el valor del ICC= -0.78, que al compararlo con la distribución z ± 1.96 encontramos que el valor se encuentra

por debajo de la distribución, indicando que No existe un cambio significativo para el caso 1 en los niveles de sensibilidad a la ansiedad.

Para la pruebas de Wisconsin 68 y BAI se obtuvo una $S_{dif} = 142,97$ y 1.81 respectivamente.

Estos valores fueron sustituidos en la fórmula de ICC en donde se obtuvieron los siguientes resultados para cada uno de los participantes en cada una de las pruebas. Recordemos que si el valor se sitúa en la distribución $z = 1.96$ podremos decir que existe un cambio significativo y que es resultado de la intervención. A continuación se presenta cada uno de los casos con su respectiva tabla de resultados de ICC así como la gráfica de su autoregistro.

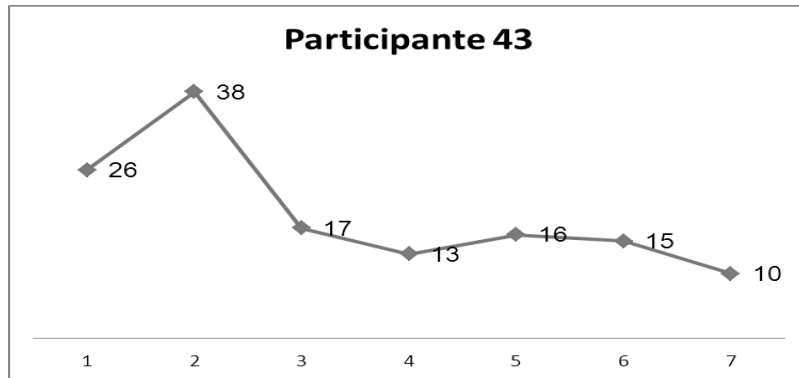
Caso 1

Tabla 2 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	-0.78	No
Wisconsin 68	0.73	No
BAI	3.37	SI

Podemos observar que solo hay un cambio significativo en los niveles de ansiedad. La gráfica 13 nos muestra el total de cigarrillos fumados durante las semanas en las que se realizó la intervención. Como podemos observar hay un decremento en su consumo de cigarros de 26 a 10 cigarros diarios.

Gráfica 13



Caso 2

Tabla 3 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	1.57	No
Wisconsin 68	0.19	No
BAI	2.21	SI

Para el caso 2 se muestra un cambio significativo en los niveles de ansiedad después de la intervención, sin embargo no se cuentan con los autorregistros que nos muestren la disminución en su consumo de tabaco, Por otro lado el sujeto reporto al final de la intervención un consumo de 4 cigarrillos diarios en comparación con el inicio de 12 cigarrillos.

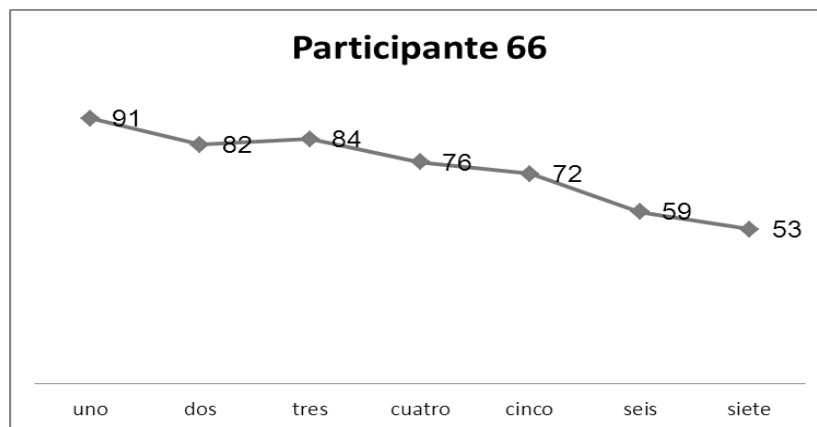
Caso 3

Tabla 4 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	1.18	No
Wisconsin 68	0.97	No
BAI	0.55	No

En este caso se observa que no hay un cambio significativo en ninguna de las pruebas aplicadas. En el reporte de su autoregistro muestra una disminución de 38 cigarrillos consumidos por semana como se observa en la gráfica 14.

Gráfica 14



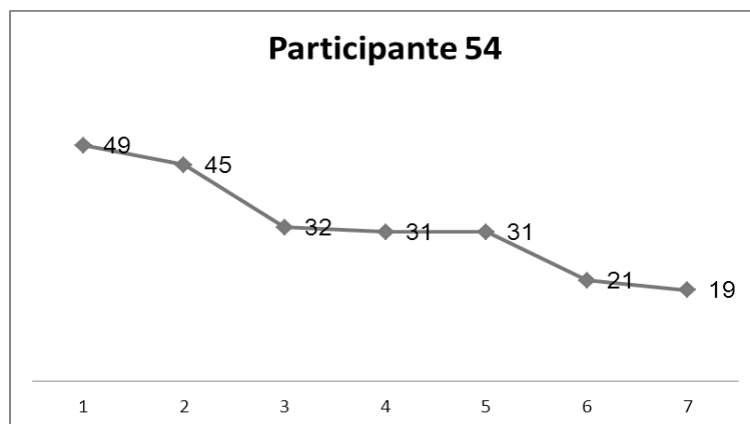
Caso 4

Tabla 5 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	2.75	SI
Wisconsin 68	0.85	No
BAI	4.42	SI

En este caso existe un cambio significativo en los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad que son producto de la intervención, como podemos observar en la gráfica 15 hay una disminución de 30 cigarros consumidos por semana.

Gráfica 15



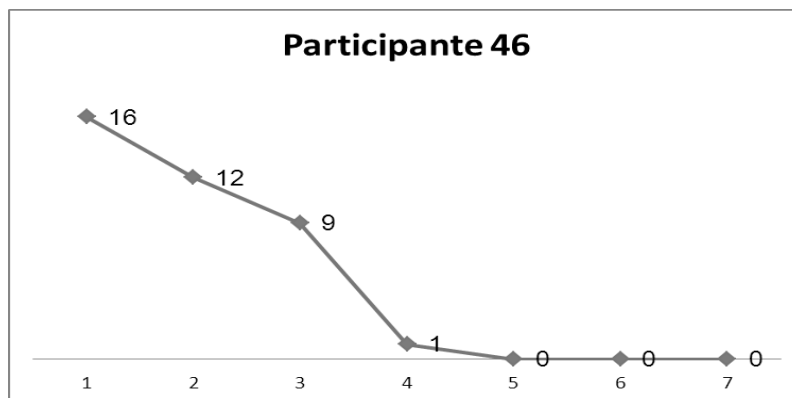
Caso 5

Tabla 6 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	2.76	SI
Wisconsin 68	0.42	No
BAI	6.63	SI

En este caso se muestra una disminución significativa en los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad, en la gráfica 16 se muestra su autoregistro en él se observa que la paciente dejó de fumar a partir de la quinta semana del taller.

Gráfica 16



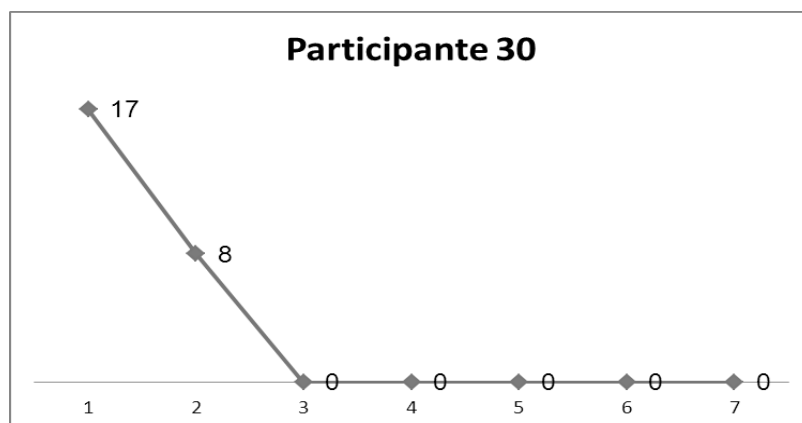
Caso 6

Tabla 7 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	14.57	SI
Wisconsin 68	2.20	SI
BAI	7.73	SI

Podemos observar que hay un cambio significativo en cada una de las pruebas aplicadas mostrando una disminución en la sensibilidad a la ansiedad, los motivos de dependencia a fumar y en la ansiedad, en la gráfica 17 se observa una cesación de la conducta a partir de la tercera semana de la intervención, manteniéndose al termino del taller.

Gráfica 17



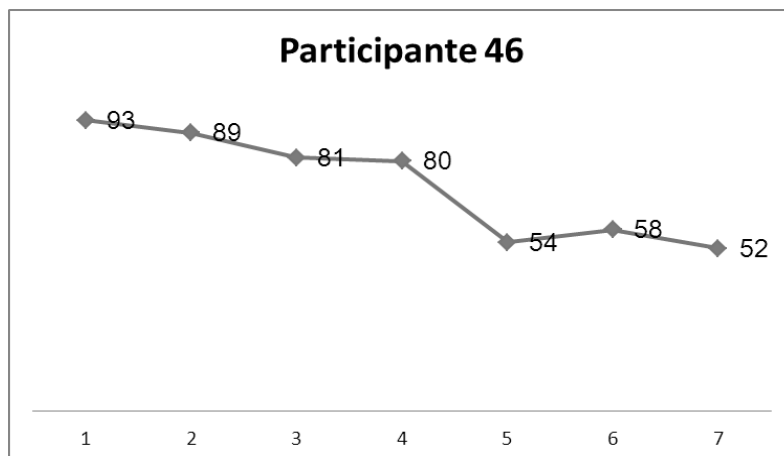
Caso 7

Tabla 8 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	-9.45	No
Wisconsin 68	0.53	No
BAI	-11.04	No

En este caso no hay un cambio clínico significativo en ninguna de las áreas a intervenir. En la gráfica 18 se observa una disminución de 40 cigarrillos en comparación a la primera semana de la intervención.

Gráfica 18



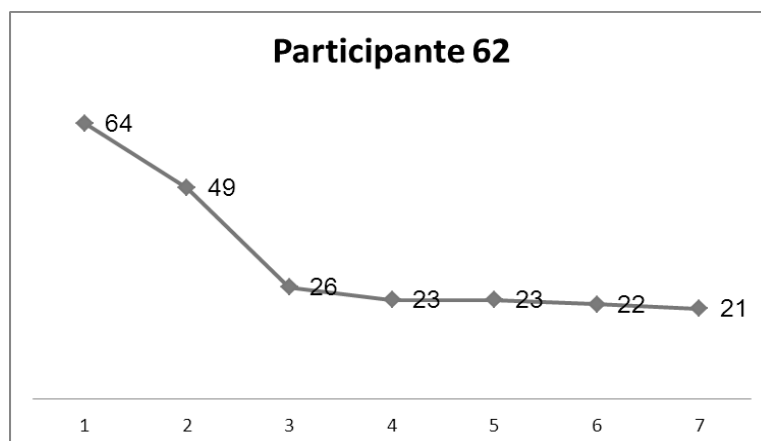
Caso 8

Tabla 9 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	-1.18	No
Wisconsin 68	0.53	No
BAI	28.18	SI

Para este caso se encontró una disminución significativa en los niveles de ansiedad, podemos observar en la gráfica 19 una disminución de 64 cigarros a 21 consumidos por semana.

Gráfica 19



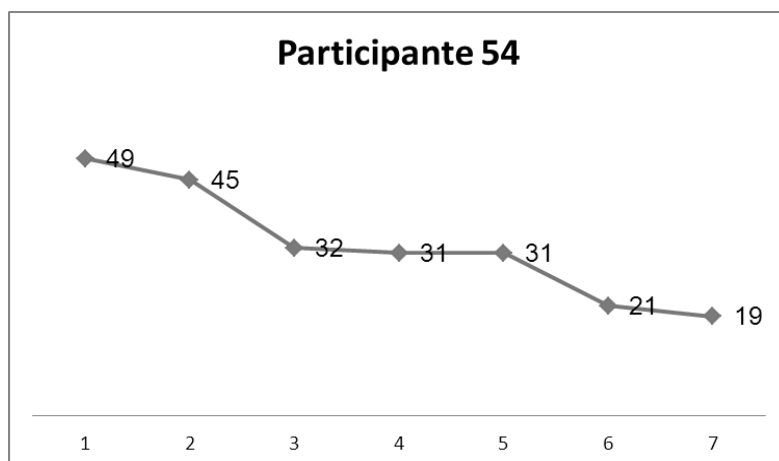
Caso 9

Tabla 10 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	-3.15	No
Wisconsin 68	0.52	No
BAI	15.46	SI

Para esta persona podemos observar un cambio significativo en los niveles de ansiedad, en la gráfica 20 se muestra una disminución de 30 cigarrillos consumidos por semana de acuerdo a lo reportado.

Gráfica 20



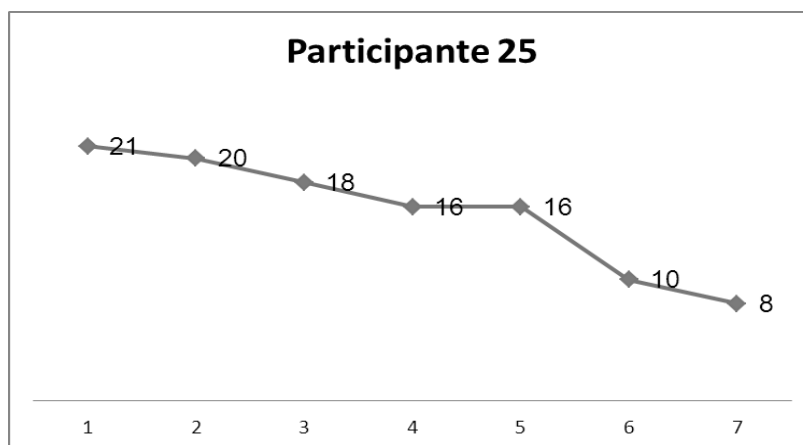
Caso 10

Tabla 11 Resultados ICC

PRUEBA	ICC	CAMBIO SIGNIFICATIVO
ASI	4.72	SI
Wisconsin 68	0.94	No
BAI	4.97	SI

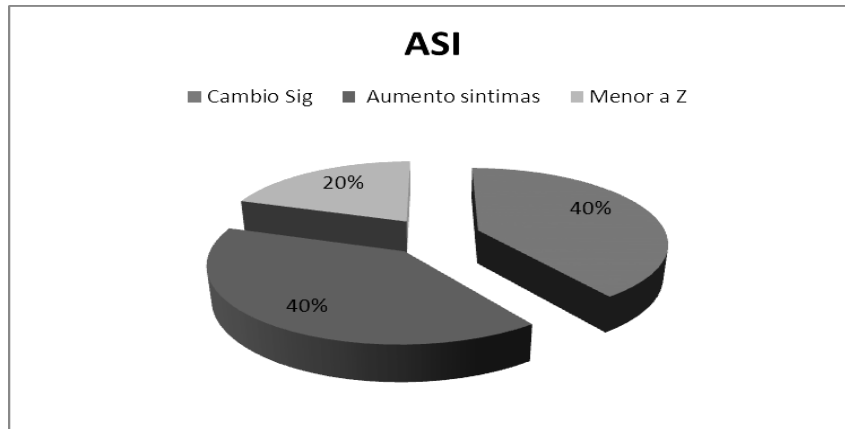
Para este persona hay una disminución significativa en los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad causada por la intervención realizada, en la gráfica 21 se observa una disminución de 13 cigarrillos consumidos por semana.

Gráfica 21



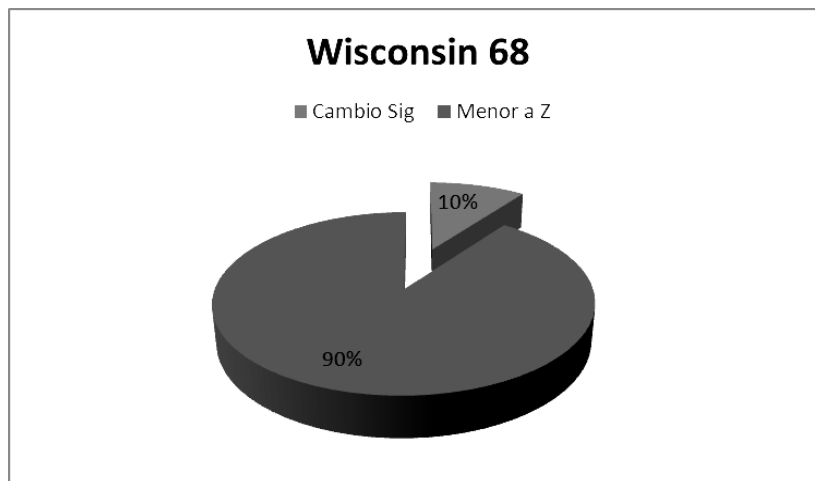
La gráfica 22 incluye un porcentaje de los participantes que obtuvieron una significancia clínica en la sensibilidad a la ansiedad el cual es de un 40% de los participantes, otro 40% presenta un aumento en los síntomas de SA.

Gráfica 22 Resultados ICC ASI



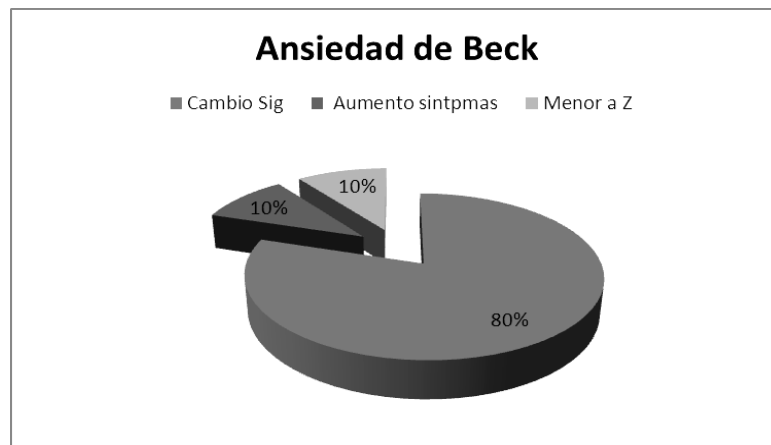
Para la prueba de Wisconsin podemos observar que solo un 10% de la muestra presentó un cambio significativo, y el resto no alcanzó el puntaje de la distribución z. como lo muestra la gráfica 23.

Gráfica 23 Resultados ICC Wisconsin



En el caso de la prueba BAI un 80% de la muestra presentó un cambio clínicamente significativo, un 10% presentó un aumento en los síntomas y el resto se mantuvo por debajo de la distribución z, como se observa en la gráfica 24

Gráfica 24 Resultados ICC Beck



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El primer objetivo de esta investigación fue determinar si existe una disminución significativa en los niveles de sensibilidad a la ansiedad (SA), ansiedad y en los motivos de dependencia a fumar tras participar en el taller cognitivo-conductual para la cesación del tabaquismo. Como se puede observar en el análisis estadístico el nivel de ansiedad y los motivos de dependencia al tabaco fueron significativos para la muestra, recordemos que Mcleish et al (2007) observo que la SA es un importante factor de diferencia individual, que asociado con las altas frecuencias de tabaquismo está relacionado con altos niveles de evitación y ansiedad anticipatoria entre fumadores regulares; al introducir en el taller la técnicas de relajación y control de estímulos le dieron herramientas a los participantes para manejar esa ansiedad anticipatoria; si bien los niveles de SA no fueron estadísticamente significativos no olvidemos la postura de Boon-Miller et al (2005), donde asocia a la SA con los intentos por dejar de fumar, estar en un taller bajo esta motivación puede ocasionar en el individuo que sus niveles de SA aumenten con el hecho solo de estar en un tratamiento.

Recordemos que una de las herramientas más utilizadas es la terapia cognitivo-conductual, tanto con terapia individual como grupal. Su objetivo básico es la reestructuración cognoscitiva (mediante asertividad, motivación, autoregistros, etc.) y se destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Se busca que el paciente modifique su conducta (consumo de tabaco) y se enfrente a sus percepciones y creencias erróneas (p. ej., el cigarrillo me tranquiliza, me da

seguridad, me acompaña, etc.) con el fin de lograr la cesación. A pesar de que en la búsqueda de tratamientos eficaces para el tabaquismo se han utilizado diversos medicamentos, Esto nos retoma a justificar de cierta forma el resultado obtenido,

Por otro lado desde el punto de vista del Índice de Cambio Confiable (ICC), se obtuvo una mayor significancia clínica en el nivel de ansiedad y en la sensibilidad a la ansiedad, donde se reporta un 80% y 40% respectivamente. Esto nos ayuda a entender la postura de que la SA forma parte del predictor de la conducta de fumar, ya que las claves corporales displacenteras en personas con alta SA potencian el consumo de tabaco en un intento por contrarrestar la preocupación que estas producen (Zvolensky, et al. 2004). Al controlar los síntomas displacenteros que se experimentan en la ansiedad, el consumo de tabaco se ve disminuido, Si bien en la mayoría de los casos no se logró una cesación del tabaquismo, si se manifestó una reducción del mismo, se controló la sensación de ansiedad con las técnicas de relajación, mostrándose una significancia tanto estadística como en el ICC favorable en la reducción de la ansiedad, derivando así la reducción cualitativa del consumo de tabaco.

En otro punto los motivos de dependencia al tabaco fueron estadísticamente significativos al término de la intervención, lo que nos marca que al finalizar el taller los participantes habían cambiado los motivos de dependencia, este cambio se puede deber a las técnicas empleadas tanto de psicoeducación del tabaquismo como de la propia sensibilización encubierta, donde en algunos casos los participantes reportaron un cambio en el nivel de agrado del tabaco al momento de consumirlo.

La reducción del tabaquismo en términos cualitativos se ve expresada en los autoregistros donde en el 20% de los casos se dio la cesación de la conducta y en el resto se observó una disminución, en ninguno de los casos se ve un aumento de la conducta de fumar después de la tercera semana, lo que nos indica que las técnicas empleadas durante el taller lograron este efecto, tanto control de estímulos como el manejo de las contingencias. En la ENA (2008) el promedio de consumo de cigarrillos al día que reportan los ex fumadores es de 9.6 en hombre y de 6.4 en mujeres, en esta investigación el consumo de los dos casos de cesación es de 2 a 4 cigarrillos diarios. esto podría ser una consideración para el tipo de programa que se desarrolle dentro del tabaquismo.

Durante esta investigación se contaron con una serie de limitantes, entre ellas y la más importante la respuesta de la población a las convocatorias al taller. Recordemos que solo el 0.6% de los adolescentes y el 2.6% de los adultos fumadores han pensado someterse a un tratamiento para el tabaquismo.

Por otro lado la deserción de los participantes durante el taller, en algunos casos los participantes reportaron la necesidad de un sustituto del tabaco como parches, inhaladores o sustancias parecidas, como la causante de la deserción. No podemos olvidar la cadena compleja de reforzadores que tiene esta conducta lo que nos lleva a planos individuales, sociales y familiares que influyen en la estructuración de un taller.

El modelo de intervención que se propone es de 8 semanas, sin que se cuente con un seguimiento posterior a la intervención, durante la última sesión se les informo a los sujetos sobre la prevención de recaídas, de acuerdo al modelo cognitivo – conductual. Sin embargo los mismos participantes mencionan que el tiempo es poco y que un seguimiento seria óptimo, por lo cual es importante considerar para futuras investigaciones la posibilidad de extender el número de sesiones de la intervención y proponer el seguimiento.

A lo largo de la intervención se encontró una demanda de los participantes por un espacio terapéutico, algunos de los participantes encontraron en el taller una oportunidad para resolver las problemáticas que se presentaban, dentro de las técnicas que se emplean, se encuentra asertividad y la técnica de solución de problemas que los pacientes reportan como satisfactorias para manejar las problemáticas indicando de manera verbal el éxito que tiene.

En resumen, la investigación encontró resultados que en el caso específico del tabaquismo son alentadores para fortalecer los programas existentes contra esta conducta, se observa la relación de la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad en la conducta de fumar, si los programas se dirigen a mitigar los síntomas adversos que los pacientes presentan ante la ansiedad podemos encontrar una alternativa más de intervención para el tabaquismo.

Para futuras investigaciones se propone emplear una muestra estadística, representativa, ya que solo así los resultados podrán ser generalizados y así se podrán mejorar reformas.

Si el éxito de los programas farmacológicos es de un amplio impacto, se ha visto que al combinar fármacos con técnicas psicológicas son de un alto grado de funcionalidad. No podemos descartar el gran alcance que tiene nuestra capacidad de pensar que va dirigiendo nuestras conductas de tal forma que podemos impactar en ellas.

REFERENCIAS

- Al Akanai, G. (2009) *relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología, UNAM.
- Amiso, I., Fernández, C & Pérez, M- (1998). *Manual de psicología de la salud*. España. Pirámide. PP. 341 – 345.
- Becoña, E.; Palomares, A. & García, M. P. (2002). *Tabaco y Salud*. España: Pirámide, pp. 17-35.
- Bonn-Miller, M. O.; Zvolensky, M. J.; Leen-Feldner, E.; Feldner, M. T. & Yartz (2005).
- Corzo, T. (2009). *Propuesta de un programa terapéutico para la eliminación de la adicción al tabaco*. Tesina de la Licenciatura de Psicología, UNAM.
- Cox, B. J; Borges, S. C.; Taylor, S.; Fuentes, K. & Ross, L. M. (1999). *Anxiety Sensitivity and the Five-Factor Model of Personality*. *Behavior Therapy*, 37, 633-641.
- Cox, B. J.; Endler, N. S. & Swinson, R. P. (1995). *Anxiety Sensitivity and Panic Attack Symptomatology*. *Behavior Research and Therapy*, 33, 833-836.
- Donnell, D. y McNally, J. (1989). *Anxiety Sensitivity and History of Panic as Predictors of response to Hyperventilation*. *Behaviour Research and Therapy*. 27, 325-332.

- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que lo controle a usted*. México: Paidós Autoayuda, pp. 13-38.
- España, J., Méndez, F et al (2003). *Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. México. Ediciones Pirámide. PP. 325 – 348.
- Jurado, C. D. (2008). *Sensibilidad a la Ansiedad, afectos negativos y consumo de tabaco en pacientes con ansiedad y depresión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Kerlinger, N. F. (1985). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología*. México: Interamericana, pp. 214-268.
- Leen-Feldner, E. W.; Feldner, M. T.; Bernstein, A.; McCormick, J. T. & Zvolensky, M. J (2005). *Anxiety Sensitivity and anxious responding to bodily sensations: a test among adolescents using a voluntary hyperventilation challenge*. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 593-609.
- Marks, F. Murray, M. et. al (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica*. México. Manual moderno, PP. 185 – 189.
- McLeish, A. C.; Zvolensky, M. J.; Bucossi, M. M. (2007). *Interaction between smoking rate and anxiety sensitivity: Relation to anticipatory anxiety and panic-relevant avoidance among daily smokers*. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 849-859.

- Moreno, J. J., Herrero, F. J. y Rivero, A. (2003) *Tabaquismo: Programa para Dejar de Fumar*. España, Ayuntamiento de Madrid, 89-106.
- N. Nezu, Maguth, C. & Lombarde, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual moderno, pp. 119-135
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. & Ayala, H. (2002) *Evaluación del Significancia clínica en las intervenciones Psicológicas*. Revista Mexicana de Psicología 19 (1) 73 – 84
- Piper, M. E., Piasecki, T. M., Federman, E. B., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C. & Baker, T. B. (2006) *A Multiple Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Motives (WISDM-68)*. Center of Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin, 1-59
- Ponciano R. G. & Morales G. V. (2001). *El papel del medico en la prevención y el tratamiento del tabaquismo*. Gaceta Facultad de Medicina publicación 25 de junio, pp-12-13
- R. Cautela, (1977). *Condicionamiento encubierto supuestos básicos y procedimientos*. Journal of mental imagery, I, 53-64. Brandon House, Inc.
- Reiss, S. & 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. & 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.
- Taylor, S.; Cox, B. J.; Holaway, R. M.; Stewart, S. H.; Eng, W.; Arrindell, W. A.; Jurado, S.; Zvolensky, M. J.; Deacon, B.; Abramowitz, J. S.; Sandin, B.; Coles, M.; Daly, E. S. & Bouvard, M. (2007). *Robust dimensions of Anxiety Sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3*. *Psychological Assessment*, 19, 176-188
- Taylor, S.; Zvolensky, M. J.; Cox, B. J.; Deacon, B.; Heimberg, R. G.; Ledley Roth, D.; et al. (2007). *Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3)*. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Upper, D. & R. Cautela (1983). *Condicionamiento encubierto*. Bilbao, España. Editorial Desclee de Brouwer.
- Vinogradou, S. y Yalim, L. D. (1969) *Guía breve de psicoterapia de grupo*. México, paídos.
- World Health Organization. WHO. (1997) *Tobacco or Health. A global status report*. Geneva, Switzerland.

Zarin, D. A. Pincus, H. A., & McIntyre, J. S., (2001) *Guía Clínica para el Tratamiento de la Dependencia de la Nicotina*, España, Ars Medical, pp. 4-9.

Zvolensky, M. J.; Berstein, A.; Jurado, S.; Colotla, V. A.; Marshall, E. C. & Feldner, M.T. (2007). *Anxiety Sensitivity and Early Relapse to Smoking: A Test Among Mexican Daily, low-level Smokers*. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 483-491.

Zvolenski, M. J.; Feldner, M. T.; Leen-Feldner, E.; Bonn-Miller, M. O.; McLeish, A. C. & Gregor, K. (2004). *Evaluating the role of Anxiety Sensitivity in smoking outcome expectancies among regular smoker*. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 473-486.

Zimmermann, D. (1969). *Estudios sobre la psicoterapia analítica de grupo*. Ed Horme Buenos aires

(2002). *DSM-IV TR Brevario criterios diagnósticos*. Masson, pp 129- 227

ANEXO

Carteles para la convocatoria.

¿Quieres dejar de fumar?

TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR.

Inscríbete, es aquí en Xocongo 225,
4º piso lado poniente (junto al auditorio)
Dirección de Medicina a Distancia
Con Paulina García Flores.
Horario de inscripción de 9 am a 1 pm.
O al correo lina_3p@hotmail.com
Tels. 51-32-09-09 o cel. 04455- 4021- 4444
Fecha de inicio: 24 de mayo. Horario: Por confirmar.



¿Quieres dejar de fumar?



TALLER VIVENCIAL PARA DEJAR DE FUMAR.

Inscríbete, es aquí en Xocongo 225, 4º piso lado
poniente (junto al auditorio)
Con Paulina García Flores de 9 am a 1 pm.
O al correo lina_3p@hotmail.com
Tels. 51-32-09-09 o cel. 04455- 4021- 4444
Fecha de inicio: 24 de mayo Horario: Por confirmar.



AUTOREGISTRO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

MOMENTO DEL DÍA	SITUACIÓN	NÚMERO DE CIGARROS	TIEMPO DE CONSUMO	EMOCIÓN
DEL DESPERTAR A 12:00 P.M.				
12:01 P.M. A 7:00 P.M.				
7:01 P.M. HASTA EL IRSE A DORMIR				