

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS
PARA ELIMINAR LA CONDUCTA DE FUMAR**

T E S I S

que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

Eduardo José Aguilar Kubli

México, D. F.

Noviembre 1976



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A TODOS MIS HERMANOS Y A QUIENES ME SIRVIERON COMO MO-
DELO ACADÉMICO A SEGUIR, GUILLERMO, GUSTAVO Y JOEL.

A JORGE PERALTA Y GRACIELA RODRÍGUEZ, PORQUE LA RELACIÓN
CON ELLOS HA SIDO INVALUABLE.

A ALGUIEN CARIÑOSAMENTE ESPECIAL: ELENITA.

A UN COMPAÑERO DE DESVELO: PANCHO.

A TODOS AQUELLOS QUE HAN SIDO UNA EXPERIENCIA E IMPULSO
EN MI DESARROLLO Y A LA VEZ FERVIENTES ASISTENTES DE
CHETOS; SERGIO, RAMIRO, MAGNOLIA, HORTENSIA, MELI, -
MATEO, ROSY Y EL CHAPULÍN.

A ISAAC, NO LE GUARDO RENCOR.

01390

INDICE

I - INTRODUCCION	1
II - CONDUCTA DE FUMAR. ADICCION O HABITUACION ?	12
III - REVISION Y EVALUACION DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR	15
IV - DISCUSION	54
V - PROBLEMAS DEL CONTROL DEL FUMAR	57
VI - DIRECCIONES FUTURAS	79
VII - PROPUESTA DE APLICACION DE UN PROCEDIMIENTO PARA ELIMINAR LA CONDUCTA DE FUMAR	86
VIII - APENDICE A	99
IX - APENDICE B	105
X - BIBLIOGRAFIA	131

INTRODUCCION

LA PRESENTE TESIS TIENE COMO FINALIDAD PRIMORDIAL EL EXPLORAR QUÉ ES LO QUE SE REALIZA ACTUALMENTE EN MÉXICO, CON EL OBJETO DE MODIFICAR, CONTROLAR O PREVENIR LA CONDUCTA DE FUMAR MEDIANTE CUALQUIER MEDIO (CAMPAÑAS PUBLICITARIAS, TRATAMIENTOS A BASE DE DROGAS O CONDUCTUALES, LEGISLACIÓN, ETC.) Y EVALUAR CRÍTICAMENTE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS (SI ES QUE ÉSTOS SE APLICAN).

UN OBJETIVO PARALELO AL ANTERIOR ES, EL EFECTUAR UNA REVISIÓN QUE NOS SIRVA DE MARCO DE REFERENCIA COMPARATIVO RESPECTO A LO QUE SE HACE EN MÉXICO, DE LA INVESTIGACIÓN MÁS RELEVANTE RECIENTEMENTE HECHA EN ALGUNOS PAÍSES RESPECTO A LA MANIPULACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR (DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS LOGRADOS).

PRIMERAMENTE, SURGE UNA PREGUNTA BÁSICA PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE TRABAJO Y ÉSTA PLANTEA EL POR QUÉ SE HACE NECESARIO UN ANÁLISIS DE LA CONDUCTA DE FUMAR, DE LOS MÉTODOS ACTUALES POR LOS QUE SE INTENTA COMBATIRLA, Y, DEL DESARROLLO FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN QUE VAYA ORIENTADA A ELIMINAR SUSTANCIALMENTE SU MANIFESTACIÓN.

PARA CONTESTAR A DICHO PLANTEAMIENTO, POSIBLEMENTE NOS PUEDA AYUDAR EL CITAR ALGUNAS CIFRAS.

SEGÚN DATOS QUE MANEJA LA ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA

DEFENSA AL CONSUMIDOR, A.C. (REPORTE NO PUBLICADO), EN LA ACTUALIDAD EN MÉXICO APROXIMADAMENTE EL 70% DE LOS ADULTOS FUMAN.

→ EN LA REVISTA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX (1973) SE CITAN LAS SIGUIENTES CIFRAS:

- 1), - EN EL CURSO DE UN AÑO SE PERDIERON EN MÉXICO SETENTA Y SIETE MILLONES DE DÍAS DE TRABAJO, OCHENTA Y OCHO - MILLONES MÁS POR PERMANENCIA EN CAMA Y TRESIENTOS -- SEIS MILLONES POR CONCEPTO DE ACTIVIDADES RESTRINGIDAS DEBIDO A INCAPACIDAD DE ENFERMEDADES PROVOCADAS POR EL TABAQUISMO.
- 2) - SE HA OBSERVADO QUE EL PROMEDIO DE MUERTE ES DE UN 40% MÁS ALTO PARA LOS QUE FUMAN DIEZ CIGARRILLOS DIARIOS EN RELACIÓN A LOS QUE NO FUMAN, EL PORCENTAJE PARA LOS SUJETOS QUE FUMAN DE ONCE A DIECINUEVE CIGARRILLOS ES DEL 70%, PARA LOS QUE FUMAN DE VEINTE A TREINTA Y NUEVE CIGARRILLOS ES APROXIMADAMENTE DEL 90%, Y PARA LOS INDIVIDUOS QUE AGOSTUMBRAN A FUMAR MÁS DE CUARENTA CIGARRILLOS POR DÍA, ASCIENDE HASTA EL 120%, ESTAS CIFRAS SON RESULTADO DE ESTUDIOS LLEVADOS A CABO SOBRE 293,658 VETERANOS DE ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, 1.003,229 PERSONAS DE VEINTICINCO ESTADOS DEL PAÍS CITADO Y SOBRE 41,000 MÉDICOS EN LA GRAN BRETAÑA.
- 3) - EN BASE A OBSERVACIONES ESTADÍSTICAS Y DE TIPO EXPERIMENTAL EN LOS TERRENOS DE LA ANATOMÍA MICROSCÓPICA Y LA FISIOPATOLOGÍA, SE HA ESTABLECIDO QUE LOS PULMONES

DEL FUMADOR SON ANATÓMICAMENTE SIETE AÑOS MÁS VIEJOS QUE EL RESTO DEL ORGANISMO DEL PROPIO INDIVIDUO Y -- VEINTE AÑOS MÁS VIEJOS DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL.

→ 4) - LOS ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO QUE EL RIESGO DE MORIR DE CÁNCER EN EL PULMÓN ES DIEZ VECES MAYOR PARA LA GENERALIDAD DE LOS FUMADORES QUE PARA EL QUE SE ABSTIENE DE FUMAR.

→ 5) - EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INTENSIDAD DEL TABAQUISMO Y CIERTAS ENFERMEDADES COMO LA BRONQUITIS CRÓNICA Y EFISEMA PULMONAR ENTRE OTRAS. (VÉASE TABLA I Y II EN EL APÉNDICE B)

→ 6) - ENTRE 1967 Y 1968 SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL DE -- NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX A 19,323 ENFERMOS DE BRONQUITIS CRÓNICA Y EFISEMA PULMONAR Y LA MORTALIDAD DE ESTOS PACIENTES FUÉ DEL 5.6%.

LA RELACIÓN DIRECTA ENTRE FUMAR Y LA PRODUCCIÓN DE -- DAÑO FÍSICO AL INDIVIDUO SE HACE MÁS EXPLICABLE AL ANALIZAR ALGUNOS DE LOS ELEMENTOS QUÍMICOS QUE SON TÓXICOS Y -- QUE ESTÁN CONTENIDOS EN EL TABACO Y HUMO, ADEMÁS DE LA NICOTINA, COMO SON EL ÁCIDO DIANHÍDRICO, ÁCIDO SULFÚRICO, -- PROTOCARBURO DE HIDRÓGENO, ETC. (LAGUNA 1973).

NO BASTA CON DEJAR DE TRAGARSE EL HUMO DEL CIGARRO PARA EVITAR LA ASIMILACIÓN DE LAS SUBSTANCIAS CITADAS, POR -- EL ORGANISMO, YA QUE SE ABSORBE PARCIALMENTE UNA PORCIÓN DE NICOTINA POR VÍA SUBLINGUAL Y ES EN PARTE DEGLUTIDA. LA--

GUNA 1973.)

EN UN LIBRO RECOMENDADO POR EL CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS SOBRE FARMACODEPENDENCIA (SERNA 1974), SE SEÑALA QUE LOS PAÍSES QUE SON LÍDERES EN LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DEL PULMÓN SON LOS QUE ENCABEZAN LA LISTA DE MAYORES CONSUMIDORES DE TABACO, Y APROXIMADAMENTE EL 90% DE LOS CASOS EN QUE AL SUJETO SE LE DICTAMINA CÁNCER EN EL PULMÓN, OCURRE QUE SON FUMADORES DE CIGARROS.

EN 1973 LA PRODUCCIÓN DE TABACO FUÉ DE 58 MILLONES DE KILOS, CON UN VALOR ESTIMADO EN 580 MILLONES DE PESOS DE LOS CUALES 140 MILLONES CORRESPONDEN A TABACO DE EXPORTACIÓN, - SEÑALÓ A EL HERALDO DE MÉXICO, EL DIRECTOR DE TABAMEX, EL 24 DE MAYO DE 1973. EN SERNA 1974.

PROBABLEMENTE NO EXISTE RAZÓN ALGUNA PARA SUPONER QUE LAS CIFRAS CITADAS ANTERIORMENTE HAYAN DISMINUIDO HASTA LA FECHA, Y SÍ PARA PENSAR QUE ÉSTAS VAN EN INCREMENTO CONTÍNUO, Y UNA JUSTIFICACIÓN BÁSICA DEL RAZONAMIENTO SEÑALADO ES QUE SE HA HECHO MUY POCO O NADA PARA MODIFICAR O PREVENIR DE UNA MANERA SISTEMÁTICA LA CONDUCTA DE FUMAR EN NUESTRO PAÍS. ESTA EXPECTATIVA DE INCREMENTO SE HA COMPROBADO EN OTROS PAÍSES, POR EJEMPLO ESTADOS UNIDOS (BERNSTEIN 1970).

LOS DATOS PRESENTADOS SUGIEREN LA NECESIDAD DE DESARROLLAR E IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS QUE VAYAN DIRIGIDAS A DECREMENTAR LA TASA DE FUMAR O A PREVENIR QUE ÉSTA SE INCREMENTE.

EN MÉXICO SE HAN TOMADO ALGUNAS MEDIDAS LEGALES QUE POSIBLEMENTE TIENEN LA INTENCIÓN DE PREVENIR EL FUMAR EXCE-

SIVAMENTE Y/O ALTERAR LA CONDUCTA DE FUMAR YA EXISTENTE, MEDIANTE LA INCLUSIÓN DE ARTÍCULOS AL CÓDIGO SANITARIO VIGENTE Y QUE FUNCIONARON A PARTIR DEL DÍA 28 DE MARZO DE 1973 Y QUE POR PRIMERA VEZ OBLIGAN, EN RELACIÓN AL TABACO, A LO SIGUIENTE: (EN SERNA . 1974)

ARTICULO 250 - EN LAS ETIQUETAS Y CONTRA-ETIQUETAS DE LOS ENVASES EN QUE SE EXPENDA O SUMINISTRE TABACO, ADEMÁS DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 223, DEBE FIGURAR EN FORMA CLARA Y VISIBLE LA LEYENDA: "ESTE PRODUCTO PUEDE SER NOCIVO PARA SU SALUD."

SIN EMBARGO, LA LEYENDA ES SIMILAR A LA QUE SEÑALABA LA PRODUCCIÓN CIGARRERA NORTEAMERICANA HACE DIEZ AÑOS, Y EN EL CITADO PAÍS DICHA LEYENDA HA CAMBIADO RECIENTEMENTE POR OTRA QUE SEÑALA MÁS DIRECTAMENTE SU PELIGROSIDAD (EN SERNA, 1974), ASÍ QUE, POR LO TANTO, TAL VEZ SEA NECESARIO ESPERAR ALREDEDOR DE DIEZ AÑOS MÁS PARA QUE EL CÓDIGO SANITARIO MEXICANO SE "ACTUALICE".

ARTICULO 251 - LA PROPAGANDA DEL TABACO SE REFERIRÁ A SU CALIDAD, ORIGEN Y PUREZA, NO DEBIENDO FUMAR FRENTE AL PÚBLICO REAL O APARENTE, NI UTILIZAR EN ELLA PERSONAJES ADOLESCENTES O NIÑOS O ASOCIARSE EN ALGUNA FORMA CON ACTIVIDADES DEPORTIVAS, DEL HOGAR O DEL TRABAJO. (EN SERNA -1974).

LA INFRACCIÓN DE ESTOS ARTÍCULOS SE SANCIONARÁ CON MULTAS QUE VAN DESDE LOS MIL HASTA LOS CINCUENTA MIL PESOS, SIENDO LAS CIFRAS MÁXIMAS PARA LOS CASOS DE REINCIDENCIA. (SERNA 1974, ARTÍCULO 444 Y 446.)

INDEPENDIEMENTE DE CUÁL FUÉ EL PROPÓSITO ESPECÍFICO PARA LA INCLUSIÓN DE ESTOS ARTÍCULOS EN EL CÓDIGO SANITARIO, NO EXISTE CONOCIMIENTO DEL AUTOR, DE ALGUNA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA QUE ESTÉ ORIENTADA A PROPORCIONAR ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE LOS EFECTOS QUE DICHA LEGISLACIÓN TIENE SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR DE SUS GOBERNADOS.

NO EXISTE, POR OTRO LADO, EVIDENCIA ALGUNA DE EFECTIVIDAD DE UNA LEGISLACIÓN COMO LA SEÑALADA SOBRE LA REDUCCIÓN O PREVENCIÓN DE LA TASA DE FUMAR DE LOS INDIVIDUOS QUE NO SEA POCO NOTORIA Y MÍNIMAMENTE TEMPORAL. (BERNSTEIN 1970).

SEGÚN INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA PÚBLICA, HOSPITAL DEL TÓRAX, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (QUE ACTUALMENTE DESARROLLA UNA CAMPAÑA PREVENTIVA CONTRA EL CÁNCER A NIVEL NACIONAL) Y EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, NO SE ESTÁ REALIZANDO ALGUNA OTRA MEDIDA PREVENTIVA DE LA CONDUCTA DE FUMAR.

UN PROBLEMA ÍNTIMAMENTE REALCIONADO AL DETERIORO FÍSICO QUE CAUSA EL FUMAR CIGARROS Y QUE PLANTEA LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, ES EL DE AQUELLAS PERSONAS QUE INTENTAN ABANDONARLO Y SIN EMBARGO NO LO LOGRAN,

REINCIENDO DESPUÉS DE UNO O MÁS INTENTOS, LA INVESTIGACIÓN REVISADA EVIDENCIA QUE ESTA SITUACIÓN DE REINCIDENCIA SUELE SER LA REGLA Y NO LA EXCEPCIÓN. (FLAXMAN 1976, BERNSTEIN 1970, HUNT Y BESPALCO 1974, CURTIS Y COL --- 1973). LA SOLUCIÓN DE ESTE ÚLTIMO PROBLEMA ESTÁ LIGADO AL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS O TÉCNICAS QUE SUELEN UTILIZARSE CON EL OBJETO DE AYUDAR AL FUMADOR A ABSTENERSE DE SU CONDUCTA DE FUMAR, O REDUCIR DE UNA MANERA SUBSTANCIAL SU TASA.

EN MÉXICO PARECE NO HACERSE NINGÚN INTENTO SISTEMÁTICO QUE VAYA DIRIGIDO A DESARROLLAR INVESTIGACIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÁS EFECTIVOS PARA AYUDAR A LAS PERSONAS FUMADORAS A MODIFICAR SU CONDUCTA, O AL ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN Y ADAPTACIÓN POSIBLE DE TÉCNICAS O HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA LITERATURA CIENTÍFICA DE OTROS PAÍSES.

PARA SUSTENTAR ESTA POSIBILIDAD SE VISITARON DIVERSAS DEPENDENCIAS DE SALUD QUE PODRÍAN TENER ALGÚN NEXO CON EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO. CABE HACER NOTAR QUE NO FUE UN SONDEO EXHAUSTIVO DE TODOS LOS LUGARES POSIBLES EN EL PAÍS EN DONDE SE PUEDA ESTAR HACIENDO ALGUNA INVESTIGACIÓN RELACIONADA A LOS TRATAMIENTOS PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE FUMAR Y NO SE DESCARTA LA POSIBILIDAD DE QUE EN CIERTA DEPENDENCIA O LUGAR PUEDA REALIZARSE ALGO RESPECTO AL PUNTO QUE ESTAMOS TRATANDO.

LAS DEPENDENCIAS QUE SE VISITARON FUERON:

1) - INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

(SECCIÓN CARDIOPULMONAR) CENTRO MÉDICO

- 2) - INSTITUTO PSIQUIATRICO DE LA CIUDAD DE MEXICO
- 3) - CLINICA SAN RAFAEL "NERVIOSOS Y MENTALES"
- 4) - PSIQUIATRIA SANATORIO RAFAEL LAVISTA
- 5) - SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
- 6) - SOCIEDAD MEXICANA DE ESTUDIOS SOBRE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
- 7) - CEMEF (CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA)
- 8) - HOSPITAL DEL TORAX (CENTRO MÉDICO)

A TODAS ESTAS INSTITUCIONES SE LES PREGUNTÓ ESPECÍFICAMENTE SI APLICABAN ALGÚN PROCEDIMIENTO PARA AYUDAR A ELIMINAR LA CONDUCTA DE FUMAR DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARAN DICHO PROBLEMA Y EN CASO DE QUE RESPONDIERAN AFIRMATIVAMENTE, QUE DESCRIBIERAN DE UNA FORMA CONCISA QUÉ ELEMENTOS CONTENÍA SU TRATAMIENTO, QUÉ RESULTADOS OBTENÍA Y CÓMO MEDÍA SU EFECTIVIDAD.

EN LA MAYORÍA DE ESTAS DEPENDENCIAS VISITADAS NO SE ENCONTRÓ UNA RESPUESTA AFIRMATIVA A LA PRIMERA CUESTIÓN Y EN LOS DOS CASOS EN QUE SE RESPONDIÓ ALGUNA AFIRMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGUNDA CUESTIÓN, LOS FACTORES COMPONENTES PARA EL FUMADOR FUERON LA VOLUNTAD, (DR. LUPI COMUNICACIÓN PERSONAL), EN EL PRIMER CASO, Y EN EL SEGUNDO SE RECOMENDÓ LA LECTURA DE UN LIBRO QUE LA INSTITUCIÓN SUELE A SU VEZ RECOMENDAR A LOS FUMADORES, CEMEF (COMUNICACIÓN PERSONAL), EN ESTE LIBRO SE SUGIEREN ALGUNAS TÉCNI-

GAS PARA AYUDAR A LOS FUMADORES A ABANDONAR EL CIGARRO, -
COMO POR EJEMPLO LA SIGUIENTE:

"A LOS FUMADORES QUE ESTANDO DECIDIDOS A ABANDONAR EL TÓ-
XICO, NO SE SIENTAN CON LA SUFICIENTE VOLUNTAD PARA HACER-
LO, LES PUEDE SER ÚTIL PROBAR ALGUNAS FÓRMULAS MENCIONADAS
POR EL DR. BLANCO:

PELO HUMANO:- "PICADO DE PELO HUMANO Y MEZCLADO CON EL TA-
BAO, EL OLOR ES TAN NAUSEABUNDO QUE NO --
QUEDA OTRO REMEDIO QUE DESISTIR. LA HABI-
TACIÓN QUEDA CON OLOR A PELO QUEMADO, QUE
ES PRECISO VENTILARLA." (LAGUNA 1973, PÁ-
GINA 217.)

LA ORIGINALIDAD DE ESTE PROCEDIMIENTO AVERSIVO DISTA
MUCHO DE LA NECESIDAD DE VERIFICAR LA EFECTIVIDAD DEL PRO-
CEDIMIENTO EMPÍRICAMENTE, Y QUE POR LO TANTO JUSTIFIQUE SU
UTILIZACIÓN.

CABE SEÑALAR QUE EN LA CLÍNICA SAN RAFAEL "NERVIOSOS
Y MENTALES" (COMUNICACIÓN PERSONAL) SE NOS INFORMÓ QUE NO
HABÍA TRATAMIENTOS PARA RESOLVER ESTE TIPO DE PROBLEMAS.
LA RAZÓN SUBYACENTE DE ELLO FUÉ QUE NO SE TRATABA DE UNA -
ENFERMEDAD NERVIOSA O MENTAL, JUSTIFICACIÓN QUE NO ES A--
LARMANTE SI RECURRIMOS AL MODELO MÉDICO DE EXPLICACIÓN EN
PSICOPATOLOGÍA. (ULLMAN Y DRASNER 1975, YATES 1973, - -
CRAIGHEAD KAZDIN Y MAHONEY 1976).

LAS "EXPLICACIONES" QUE DA ESTE LIBRO RECOMENDADO, RESPECTO AL POR QUÉ SE FUMA, SUELEN ATRIBUIRSE A LA IMITACIÓN, A LA COQUETERÍA Y REIVINDICACIÓN IGUALITARIA (GENERALMENTE POR PARTE DE LA MUJER) Y A LA VIDA SOCIAL, Y REUNIONES MUNDANAS (GENERALMENTE EN EL CASO DEL HOMBRE). (LAGUNA 1973).

LA VAGUEDAD DE ESAS "CAUSAS" LAS HACE OBTIVAMENTE INÚTILES PARA SER INVESTIGADAS O EVALUADAS DE UNA FORMA SISTEMÁTICA.

ASÍ PUES, DE LA EXPLORACIÓN REALIZADA, PODEMOS CONCLUIR LO SIGUIENTE:

10. ES EVIDENTE EL MAYOR RIESGO DE ADQUISICIÓN DE DIVERSAS ENFERMEDADES PARA EL FUMADOR, EN RELACIÓN AL QUE SE ABSTIENE DE HACERLO.
20. EXISTE EN EL PAÍS UNA CONSIDERABLE CANTIDAD DE FUMADORES (70% DE ADULTOS FUMAN).
30. SE HAN REALIZADO MUY POCAS MEDIDAS QUE VAYAN ORIENTADAS A REDUCIR O PREVENIR LA CONDUCTA DE FUMAR (POR EJEMPLO CÓDIGO SANITARIO) Y ESTAS NO HAN SIDO EVALUADAS, CUESTIONANDO SERIAMENTE LA JUSTIFICACIÓN PARA QUE SE UTILIZEN CONTINUAMENTE.
40. NO EXISTE INFORMACIÓN, NI SE REALIZAN ESTUDIOS EN LAS DEPENDENCIAS VISITADAS Y POSIBLEMENTE EN LA MAYORÍA DEL PAÍS, ACERCA DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O TRATAMIENTOS QUE SE INVESTIGUEN O APLIQUEN CONFIABLEMENTE Y QUE ESTÉN ENCAMINADOS A AYUDAR AL PACIENTE A DEJAR EL CIGARRO. (LOS "TRATAMIENTOS" QUE SE OFRECEN --

SUELEN SER RECETAS CASERAS O SE BASAN EN LA VOLUNTAD Y BUENA FÉ).

CABRÍA SEÑALAR QUE SÓLO EN UNO DE LOS LUGARES VISITADOS (SOCIEDAD MEXICANA DE ESTUDIOS SOBRE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO) SE TENÍAN ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS DISPONIBLES SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO.

SIENDO ASÍ EL PANORAMA ENCONTRADO, PODRÍAMOS PREGUNTARNOS SI EXISTEN EN REALIDAD PROCEDIMIENTOS O ESTRATEGIAS PREVENTIVAS O TERAPÉUTICAS QUE EMPÍRICAMENTE REDUZCAN O ELIMINEN LA CONDUCTA DE FUMAR EN EL INDIVIDUO, Y EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE, NOS VERÍAMOS OBLIGADOS A PRECISAR CUÁLES SON DICHAS TÉCNICAS, QUÉ ELEMENTOS LAS COMPONEN (SI SON POR EJEMPLO A BASE DE DROGAS O CONDUCTUALES), CUÁL ES LA DURABILIDAD DE SU EFECTO SOBRE LA ABSTINENCIA O DECREMENTO LOGRADO EN EL FUMADOR Y QUÉ PROBLEMAS TÍPICOS DE CONTROL SE HAN ENCONTRADO O SE ENCUENTRAN EN LOS ESTUDIOS QUE INTENTAN RESOLVER ESTE PROBLEMA.

A CONTINUACIÓN TRATARÉ DE DESARROLLAR ESTAS CUESTIONES PLANTEADAS Y PROPONDRÉ UNA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN QUE INTENTE RESOLVER ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR.

CONDUCTA DE FUMAR

ADICCIÓN O HABITUACIÓN ?

EXISTE EVIDENCIA DE QUE ALGUNOS FUMADORES AL DEJAR DE CONSUMIR CIGARROS, EXPERIMENTAN SÍNTOMAS DE RETIRADA. (FLAXMAN 1976 BERNSTEIN 1970). ESTOS SÍNTOMAS SUPUESTAMENTE INTERFIEREN CON LOS ESFUERZOS DEL PACIENTE PARA PERMANECER ABSTEMIO, Y PLANTEAN LA DUDA DE SI EL TABAQUISMO ES REALMENTE UNA ADICCIÓN O SÓLO UNA HABITUACIÓN.

LA DISTINCIÓN ENTRE HABITUACIÓN Y ADICCIÓN RESPECTO AL TABAQUISMO, PARECE VITAL A ALGUNOS INVESTIGADORES, (BERNSTEIN 1970), YA QUE SI SE TRATA DE UNA ADICCIÓN COMPARABLE A LA QUE SE LOGRA CON EL CONSUMO DE DROGAS COMO LA COCAÍNA O MORFINA, SE PODRÍA SEGUIR UNA LÍNEA DE TRATAMIENTO PRINCIPALMENTE FARMACOLÓGICA.

SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES NO CONSIDERAN QUE EL FUMAR SEA UNA ADICCIÓN, CONSIDERANDO ALTERNATIVAMENTE QUE SE TRATA DE UN HÁBITO MUY FORTALECIDO. (HUNT Y MATARAZZO 1970).

SE HAN PROPUESTO DIVERSOS CRITERIOS PARA COMPARAR UNA ADICCIÓN DE UNA HABITUACIÓN EN EL CASO DEL FUMAR, POR EJEMPLO EL REPORTE GENERAL DEL SERVICIO PÚBLICO MÉDICO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA EN 1964 PROPONE LO SIGUIENTE: -(BERNSTEIN 1970 Y FLAXMAN 1976).

10.) LA ADICCIÓN ES BÁSICAMENTE UN ESTADO DE INTOXICACIÓN CRÓNICA PRODUCIDO POR LA REPETICIÓN DEL CONSUMO DE -

UNA DROGA, ACOMPAÑADO DE UNA COMPULSIÓN A CONTINUAR TOMÁNDOLA (EN DOSIS GRADUALMENTE INCREMENTADAS) Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA. (BERNSTEIN 1970).

20.) EL RESULTADO DE HABITUARSE A UNA DROGA NO ES LA DEPENDENCIA FÍSICA SINO LA PSICOLÓGICA, QUE SE DEFINE COMO UN DESEO DE CONTINUAR TOMANDO LA DROGA EN DOSIS RELATIVAMENTE CONSTANTES, ADEMÁS NO APARECEN SÍNTOMAS DE RETIRADA DE UNA MANERA CONSISTENTE Y REPRODUCIBLE. CABE SEÑALAR QUE RESPECTO A ESTE CRITERIO -- (FLAXMAN 1976) INDICA QUE ES UN HECHO ACEPTADO GENERALMENTE EL QUE POR LO MENOS EN ALGUNOS FUMADORES EXISTEN SÍNTOMAS DE RETIRADA.

30.) LOS EFECTOS DEL DETERIORO DEL FUMADOR, SON PERSONALES Y NO SOCIALES, ASÍ, EL INDIVIDUO QUE ESTÁ ACOSTUMBRADO A FUMAR, DIFÍCILMENTE COMETERÍA UN CRIMEN PARA CONSEGUIR TABACO, COMO POR EJEMPLO, PROBABLEMENTE SÍ LO HARÍA UN ADICTO PRIVADO DE HEROÍNA PARA CONSEGUIR SU DROGA. (FLAXMAN 1976).

RESPECTO AL PUNTO ANTERIOR PODRÍAMOS PREGUNTAR, CÓMO PODRÍAMOS DELIMITAR CLARAMENTE HASTA CUANDO EL PROBLEMA AFECTA SÓLO AL INDIVIDUO O A LA SOCIEDAD, CUESTIÓN QUE NO QUEDA RESUELTA EN EL CITADO CRITERIO.

SE TRATE DE UNA ADICCIÓN O UNA HABITUACIÓN, EN LO QUE LOS INVESTIGADORES ESTÁN GENERALMENTE DE ACUERDO, ES EN EL HECHO DE QUE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL RETIRO SON MU--

CHÍSIMOS. (BERNSTEIN 1970. FLAXMAN 1976). ESTE HECHO PLANTEA LA NECESIDAD DE OTRO (S) LINEAMIENTO (S) PARA DESARROLLAR LOS TRATAMIENTOS, ADEMÁS DE LA ESTRATEGIA FARMACOLÓGICA.

POSIBLEMENTE LA COMPARACIÓN ENTRE UNA ADICCIÓN A LA HEROÍNA O MORFINA Y UNA ADICCIÓN A LA NICOTINA, ES DE GRADO Y NO CUALITATIVA.

HUNT Y MATARAZZO (1970) SEÑALAN QUE SI NOSOTROS CONSIDERAMOS A UNA BOCANADA DE CIGARRO COMO LA UNIDAD CRUCIAL REFORZADA, ENCONTRAMOS QUE ESTA CONDUCTA SE DA CON TAN ELEVADA FRECUENCIA QUE ES DIFÍCIL INCLUSIVE REPETIR ÉSTA, EN EL LABORATORIO. SEGÚN ELLOS PUEDE HABER "DIEZ BOCANADAS POR CIGARRO, VEINTE CIGARROS POR CAJETILLA, DOS PAQUETES AL DÍA EN EL CASO DE UN FUMADOR FUERTE, Y 365 DÍAS EN UN AÑO, LOGRÁNDOSE ASÍ UN TOTAL DE 146,000 REFORZAMIENTOS" (HUNT Y MATARAZZO 1970; PÁGINA 75).

TOMANDO EN CONSIDERACIÓN OTRO ASPECTO, FERSTER (1970) AFIRMA QUE UNO DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES RELACIONADO CON LA FRECUENCIA Y EL CONTROL DEL FUMAR, CONSISTE EN EL SINDÉRMICO DE CIRCUNSTANCIAS BAJO LAS CUALES UNA PERSONA DETERMINADA FUMA, PLANTEANDO ASÍ EL CONTROL DISCRIMINATIVO QUE EJERCEN LOS ESTÍMULOS SITUACIONALES.

EN CONCLUSIÓN, ES INDISPENSABLE POR LO TANTO, CONSIDERAR QUE LA CONDUCTA DE FUMAR PUEDE ESTABLECERSE DE UNA FORMA PODEROSA Y SER DIFÍCIL DE ELIMINAR. (JARVIK 1970).

REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA

CONTROLAR LA CONDUCTA DE

FUMAR

INTRODUCCIÓN

EL PROPÓSITO DE ESTA REVISIÓN ES DESCRIBIR LAS TÉCNICAS COMÚNMENTE EMPLEADAS PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE FUMAR Y EVALUAR LOS RESULTADOS DE LOS DIFERENTES INTENTOS HECHOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS PARA REDUCIR PARCIAL O TOTALMENTE LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE ESA CONDUCTA, Y ASÍ CONTESTAR A LAS CUESTIONES PLANTEADAS EN LA INTRODUCCIÓN.

SE TRATARÁ DE MENCIONAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN LA DIRECCIÓN MENCIONADA, SIN IMPORTAR QUE LA TÉCNICA EMPLEADA NO SEA NETAMENTE CONDUCTUAL, YA QUE SE CONSIDERA INDISPENSABLE ANALIZAR LA EFECTIVIDAD EN LA APLICACIÓN DE LOS MISMOS Y ASÍ PODER DETERMINAR LA CONVENIENCIA O INUTILIDAD DE SU USO.

PROCEDIMIENTOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO

EN LOS ESTUDIOS SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR, DESTACAN AQUÉLLOS PROCEDIMIENTOS EN LOS CUALES SE CASTIGA LA SECUENCIA CONDUCTUAL DE FUMAR. (BERNSTEIN 1970; HUNT Y BESPALCO 1974). EN ESTOS PROCEDIMIENTOS LA RESPUESTA DE FUMAR UN CIGARRO ES SEGUIDA INMEDIATAMENTE POR UN ESTÍMULO AVERSIVO, O LA CONDUCTA DE FUMAR SE ASOCIA CON ESTÍMULOS DISPLACENTEROS Ó NÁUSEA. (CURTIS, --- SIMPSON Y COLE 1973).

LOS PROCEDIMIENTOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO QUE SE HAN INVESTIGADO MÁS FRECUENTEMENTE, SON LOS QUE UTILIZAN:

- A) - CHOQUE ELÉCTRICO,
- B) - SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA,
- C) - BOCANARDAS RÁPIDAS Y AIRE HUMEANTE CALIENTE, Y
- D) - SOBRESACIEDAD (CURTIS, SIMPSON Y COLE 1973).

DESDE LUEGO, ESTOS NO SON LOS ÚNICOS PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS QUE SE HAN EMPLEADO, MEES Y KEUTZER POR EJEMPLO HAN UTILIZADO CONDICIONES EN DONDE SE LES INSTRUYE A LOS SUJETOS PARA QUE DETENGAN LA RESPIRACIÓN HASTA QUE SE -- TORNE AVERSIVA, CADA VEZ QUE TUVIESEN UNA URGENCIA PARA FUMAR, CON RESULTADOS NADA ALENTADORES (EN CURTIS Y COL.; COLE 1973) Y GOULD WHITMAN Y MARSTON Y MC FALL HAN UTILIZADO DROGAS COMO ESTÍMULOS AVERSIVOS, QUE LOS SUJETOS TOMAN CADA VEZ QUE TIENEN UN DESEO DE FUMAR, O A LA VEZ QUE FUMAN, LOS RESULTADOS INMEDIATOS DE LA UTILIZACIÓN DE -

ESTAS TÉCNICAS HAN SIDO DIVERBOS, SIN EMBARGO AL PASO DEL TIEMPO, LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS HAN REINCIDIDO. (EN - CURTIS, SIMPSON Y COLE 1973).

A) - CHOQUE ELÉCTRICO

POWELL Y AZRIN (1968) HAN TRATADO DE CASTIGAR LA CONDUCTA DE FUMAR, CON CHOQUES ELÉCTRICOS FUERA DE LA SITUACIÓN DE LABORATORIO, UTILIZANDO UN DISPOSITIVO MECÁNICO (CIGARRERA) QUE ESTÁ EQUIPADO PARA ADMINISTRAR CHOQUES ELÉCTRICOS CADA VEZ QUE LO ABRA EL SUJETO ANTES DE UN TIEMPO FIJADO. SIN EMBARGO, LA MITAD DE LOS PARTICIPANTES ABANDONARON EL EXPERIMENTO ANTES DE QUE ÉSTE TERMINARA Y - LOS TRES SUJETOS QUE PERMANECIERON MOSTRARON REDUCCIONES PROGRESIVAS EN LA CONDUCTA DE FUMAR, EN LA MEDIDA QUE SE INCREMENTABA LA INTENSIDAD DEL CHOQUE. UN SUJETO REDUJO SU TASA CASI EN 100% MIENTRAS QUE LOS OTROS LO HICIERON EN 30% Y 80%. CUANDO SE ELIMINÓ LA CONTINGENCIA DE CHOQUE TODOS LOS SUJETOS REGRESARON INMEDIATAMENTE A SUS NIVELES PRE-EXPERIMENTALES.

ES INTERESANTE HACER NOTAR QUE EL NÚMERO DE HORAS - POR DÍA DURANTE EL CUAL SE LLEVABA EL APARATO, DECREMENTÓ A MEDIDA QUE INCREMENTABA EL CHOQUE. COMO SEÑALA FLAXMAN (1976, PÁGINA 423) " EN LUGAR DE SUPRIMIR EL FUMAR, EL DISPOSITIVO SUPRIMIÓ LOS INTENTOS PARA SUPRIMIR EL FUMAR."

CHAPMAN, SMITH Y LAYDEN (1971) USARON UNA COMBINACIÓN DE CASTIGO CON CHOQUE ELÉCTRICO Y ENTRENAMIENTO EN AUTO-MANEJO EN UN INTENTO PARA ELIMINAR LA CONDUCTA DE FUMAR, EN DOS GRUPOS DE SUJETOS (23) EN TOTAL.

EL ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL CONSISTIÓ, PARA LA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO, EN QUE EL SUJETO SE ADMINISTRARA AUTOREFORZAMIENTO (RECORDANDO LOS ASPECTOS POSITIVOS DEL NO FUMAR), QUE REPITIERA A SÍ MISMO LAS RAZONES POR LAS QUE HABÍA DEJADO DE FUMAR CUANDO TUVIERA URGENCIA DE HACERLO Y QUE NO FUMARA MIENTRAS HACÍA ACTIVIDADES COMO TOMAR CAFÉ O TÉ.

EN LA SEGUNDA SESIÓN SE LE PIDIÓ AL SUJETO QUE DISPUSIERA SÓLO DE UN LUGAR PERMITIDO PARA FUMAR, Y LEJOS DE SITUACIONES SOCIALES (SILLA DE FUMAR), NO REALIZANDO NINGUNA OTRA ACTIVIDAD MIENTRAS FUMABA.

EN LA TERCERA SESIÓN SE REQUIRIÓ QUE EL SUJETO FUMARA LA MARCA DE CIGARRILLOS MENOS PREFERIDA (SEÑALADA CON ANTERIORIDAD AL TRATAMIENTO EN UN QUESTIONARIO) HACIÉNDOSE ADEMÁS EJERCICIOS DE JUEGO DE ROL EN DONDE EL SUJETO TENÍA QUE RECHAZAR OFRECIMIENTOS DE CIGARRILLOS DE OTRAS PERSONAS.

LA CUARTA Y QUINTA SESIÓN, FUERON DEDICADAS A EL REPASO Y EL ENSAYO DE LAS TÉCNICAS VISTAS EN LAS SESIONES ANTERIORES.

EL GRUPO UNO RECIBIÓ DOS SEMANAS DE MONITOREO POSTTRATAMIENTO POR PARTE DEL TERAPEUTA Y OTRO GRUPO RECIBIÓ ONCE. SÓLO UN SUJETO DE CADA GRUPO FALLÓ EN DEJAR DE FUMAR DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE AVERSIÓN Y AUTOMANEJO, Y LA REDUCCIÓN A CERO CIGARROS POR DÍA OCURRIÓ ENTRE LOS CUATRO A CINCO TRATAMIENTOS SUCESIVOS. LOS SEGUI-

VIENTOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO A UNO, TRES, SEIS Y DOCE MESES REVELARON UNA MAYOR ABSTINENCIA DEL FUMAR EN EL SEGUNDO GRUPO. SEIS DE LOS ONCE SUJETOS DEL SEGUNDO GRUPO NO FUMABAN EN DOCE MESES DE SEGUIMIENTO EN COMPARACIÓN A LOS TRES DE LOS DOCE SUJETOS EN EL PRIMER GRUPO, LOS AUTORES SUGIEREN QUE:

- A) - EL CHOQUE ELÉCTRICO COMBINADO CON EL AUTOMANEJO ELIMINARÁ PARA LA MAYORÍA DE LOS SUJETOS EL FUMAR Y
- B) - EL MONITOREO DADO POR EL TERAPEUTA EN EL POST--TRATAMIENTO PARECE SER UNA VARIABLE IMPORTANTE QUE AFECTA LA ELIMINACIÓN DE FUMAR A LARGO PLAZO. SIN EMBARGO, LO REDUCIDO DE LA MUESTRA DE SUJETOS EMPLEADA, ATENÚA LA GENERALIDAD DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

RUSSELL Y COL. (1976) ESTUDIARON A SETENTA FUMADORES CRÓNICOS BAJO CINCO CONDICIONES, LA PRIMERA CONSISTIÓ EN ADMINISTRAR CHOQUES ELÉCTRICOS DURANTE VEINTE SESIONES, CON ENSAYOS CONTINGENTES AL ACTO DE FUMAR, LA SEGUNDA FUÉ UNA CONDICIÓN SIMULADA DE AVERSIÓN ELÉCTRICA CON CHOQUES NO - CONTINGENTES, LA TERCERA CONTENÍA SESIONES DE FUMAR SIN LA PRESENTACIÓN DEL CHOQUE PARA CONTROLAR LA SACIEDAD DEL ESTÍMULO Y LOS EFECTOS DE LA PRÁCTICA NEGATIVA, LA CUARTA CONSISTIÓ EN UN SIMPLE "APOYO" Y ATENCIÓN DEL TERAPEUTA, Y EN LA QUINTA SESIÓN NO SE ADMINISTRÓ TRATAMIENTO ALGUNO.

ANTES DEL TRATAMIENTO, TODOS LOS GRUPOS RECIBIERON -

"AUTOMONITOREO" Y AUTOGENTROL (ES DECIR, REGISTRARON SU CONSUMO DE CIGARROS DURANTE LAS DOS PRIMERAS SEMANAS, Y SE LES INSTRUYÓ PARA QUE REDUJERAN EL FUMAR, TANTO COMO FUERA POSIBLE DURANTE LA SEGUNDA SEMANA Y PREFERIBLEMENTE QUE SE ABSTUVIERAN TOTALMENTE DE HACERLO) ESTO HIZO QUE LA TASA DE CONSUMO DE CIGARRO SE REDUJERA UN 12% Y 26% EN PROMEDIO, RESPECTIVAMENTE.

LOS RESULTADOS INDICARON QUE TREINTA Y CUATRO DE LOS CINCUENTA Y SEIS SUJETOS TRATADOS (61%), FUERON CAPACES DE ABSTENERSE DE FUMAR EN COMPARACIÓN A DOS SUJETOS DE UN TOTAL DE 14 Ss (14%) QUE FORMARON PARTE DE LOS GRUPOS CONTROLES.

LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO FUERON EFECTIVAS EN REDUCIR Y ELIMINAR EL FUMAR DURANTE EL CURSO DE CUATRO SEMANAS Y AÚN DOS SEMANAS MÁS, SU EFECTO FUÉ RÁPIDO PERO NO INMEDIATO. EL RESULTADO FUÉ VIRTUALMENTE DECIDIDO DESPUÉS DE UNA SEMANA (5 SESIONES), YA QUE SE ENCONTRÓ QUE LOS SUJETOS QUE PARA ESA ETAPA TODAVÍA NO HABÍAN ELIMINADO EL FUMAR O QUE CASI LO HABÍAN ELIMINADO, ERAN LOS QUE CON MENOR PROBABILIDAD RESPONDERÍAN DESPUÉS (EN $P < 0.001$).

LOS CUATRO TRATAMIENTOS FUERON IGUALMENTE EFECTIVOS, SIENDO LA ATENCIÓN REGULAR DE 15 MINUTOS DE SIMPLE APOYO TAN EFECTIVA COMO LOS TRATAMIENTOS QUE TUVIERON SESIONES ADICIONALES DE 45 MINUTOS CON UN SEGUNDO TERAPEUTA.

CABE HACER NOTAR QUE, EN ESTE EXPERIMENTO QUEDA DESCARTADA LA POSIBILIDAD DE QUE SI SE HUBIERA INCREMENTADO

LA INTENSIDAD DEL CHOQUE, ESTE HUBIERA CONVERTIDO A LA -
 TERAPIA AVERSIVA EN UNA CONDICIÓN MÁS EFECTIVA, YA QUE -
 LOS NIVELES DE INTENSIDAD USADOS FUERON CONSIDERABLES.
 LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO SI ENFATIZAN; SIN EMBARGO
 LA IMPORTANCIA DEL CONTROL SOCIAL EN LA ALTERACIÓN DE LA
 CONDUCTA DE FUMAR.

ESTOS ESTUDIOS, CHAPMAN Y COL. (1971) Y RUSSELL Y -
 COL. (1976), NO INDICAN EVIDENCIA ALGUNA DE QUE LA TERAPIA
 AVERSIVA QUE USA CHOQUES ELÉCTRICOS PARA CONTROLAR LA CON-
 DUCTA DE FUMAR SEA DIFERENCIALMENTE MÁS EFECTIVA EN RELA-
 CIÓN A OTROS PROCEDIMIENTOS MENOS INCÓMODOS DE CONTACTO -
 TERAPÉUTICO.

OTROS ESTUDIOS QUE HAN USADO CHOQUE ELÉCTRICO COMO -
 TRATAMIENTO (POWELL Y AZRIN, 1968; AZRIN Y POWELL, 1968;
 KOEING Y MASTERS, 1965; STEFFY, WEICHENBAUM Y BEST, 1970)
 MUESTRAN LO QUE HA SIDO COMÚNMENTE OBSERVADO EN LA MAYORÍA
 DE LOS TRATAMIENTOS QUE USAN CHOQUES ELÉCTRICOS Y ESTO ES
 UNA REINCIDENCIA CONSIDERABLE.

SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA

EL EMPLEO DE ESTA TÉCNICA HA SIDO DESARROLLADO POR -
 CAUTELA (1970), (1972) Y ES UN PROCEDIMIENTO SIMILAR AL -
 DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, DESARROLLADO POR WOLPE.

LA APLICACIÓN RESUMIDA DE ESTE TRATAMIENTO SERÍA CO-
 MO SIGUE: PRIMERAMENTE SE LE PIDE AL SUJETO QUE SE RELAJE
 Y SE IMAGINE A SÍ MISMO TOMANDO UN CIGARRO DE SU CAJETI--

LLA. A MEDIDA QUE VISUALICE EL CIGARRO DIRIGIÉNDOSE A SU BOCA, SE LE INSTRUYE PARA QUE AHORA IMAGINE QUE EMPIEZA A SENTIR NÁUSEAS, QUE VOMITA, ETC.

SE LE INSTRUYE TAMBIÉN PARA QUE EXPERIMENTE BIENESTAR AL EVITAR LA SITUACIÓN IMAGINADA, Y SUCESIVAMENTE SE LE PIDE QUE IMAGINE OTRAS ESCENAS DE UNA MANERA SIMILAR EN RELACIÓN A OTROS LUGARES EN LOS QUE EL SUJETO ACOSTUMBRA A FUMAR.

ALTERNANDO CON LAS ESCENAS AVERSIVAS SE INCLUYE ESCENAS DE ESCAPE O AUTOCONTROL, POR EJEMPLO "ESTÁ USTED TRABAJANDO EN SU ESCRITORIO Y DECIDE FUMAR, Y TAN PRONTO COMO USTED DECIDE HACERLO, SE EMPIEZA A SENTIR CON NÁUSEAS EN EL FONDO DE SU ESTÓMAGO. SE DICE A USTED MISMO: AL DIABLO CON ESTO, NO VOY A FUMAR. TAN PRONTO COMO USTED DECIDE NO FUMAR, SE SIENTE BIEN Y ORGULLOSO DE QUE HAYA RESISTIDO LA TENTACIÓN." (CAUTELA 1970, PÁGINA 417.)

LAS ESCENAS DE AUTOCONTROL USAN PRINCIPALMENTE PROCEDIMIENTOS QUE VAYAN DIRIGIDOS A INCREMENTAR LA PROBABILIDAD DE LA RESPUESTA, COMO EL REFORZAMIENTO NEGATIVO Y EL AUTOREFORZAMIENTO. (CAUTELA 1970).

WAGNER Y BRAGG (1970) INVESTIGARON Y COMPARARON LOS EFECTOS DE DIVERSOS TRATAMIENTOS, ÉSTOS CONSISTIERON EN CONDICIONES DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA, UNA COMBINACIÓN DE DESENSIBILIZACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA, RELAJACIÓN Y FINALMENTE CONSEJO (POR EJEMPLO: DISCUSIÓN DEL POR QUÉ FUMABAS ALGUNAS COSAS QUE PODRÍAN HACER AL RESPECTO, ETC.), EN OCHO SESIONES DE

TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE 20 MINUTOS DURANTE DOS VECES A LA SEMANA, EN LAS PRIMERAS TRES SESIONES TODOS RECIBIERON ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN Y EN LAS ÚLTIMAS CINCO SESIONES SE APLICÓ EL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL DIFERENCIAL.

LA COMBINACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA Y SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA FUÉ SUPERIOR EN TODO MOMENTO A LOS DEMÁS GRUPOS DURANTE EL TRATAMIENTO, SIN EMBARGO SU EFECTIVIDAD NO FUÉ ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA EN RELACIÓN A LOS OTROS GRUPOS, DURANTE EL SEGUIMIENTO.

LA RAZÓN SUBYACENTE A LA ELABORACIÓN DE ESTE ESTUDIO FUÉ LA HIPÓTESIS ELABORADA POR LOS AUTORES DE QUE SE LOGRARÍA UN MEJOR CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR CON UNA TÉCNICA QUE ALTERARA SIMULTÁNEAMENTE LOS ASPECTOS REFORZANTES POSITIVOS DEL FUMAR Y LAS CONDICIONES AVERSIVAS DE LA RETIRADA, LAS TÉCNICAS QUE OFRECERÍAN DICHA VENTAJA SERÍAN LA DE SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA (ESTABLECIMIENTO DE ASOCIACIONES MOLESTAS CON LA CONDUCTA PROBLEMA) Y LA DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (REDUCCIÓN EN LA TENSION Y LA ANTICIPACIÓN QUE ACARREAN LOS EFECTOS MOLESTOS DE LA RETIRADA). (WAGNER Y BRAGG 1970).

LOS RESULTADOS OBTENIDOS (QUE LA DIFERENCIA DEL GRUPO DE DESENSIBILIZACIÓN CUBIERTA MÁS DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, HAYA SIDO SUPERIOR EN EFECTIVIDAD DURANTE EL TRATAMIENTO) POSIBLEMENTE APOYAN LA HIPÓTESIS AL MENOS MODERADAMENTE, SIN EMBARGO EL HECHO DE QUE OTRAS CONDICIONES TAMBIÉN HAYAN LOGRADO DECREMENTOS CONSIDERABLES DURAN-

TE EL TRATAMIENTO, POR EJEMPLO, EL GRUPO DE RELAJACIÓN BAJÓ DE UN PROMEDIO DE 27.5 CIGARRILLOS EN LA FASE PRE-EXPERIMENTAL A 6.6 CIGARRILLOS DE PROMEDIO PARA LA ÚLTIMA SESIÓN DE TRATAMIENTO Y QUE A LOS 90 DÍAS DE SEGUIMIENTO, EL PROMEDIO PARA ESTOS ÚLTIMOS FUERA DE 13.1 EN COMPARACIÓN AL GRUPO SC+DS QUE LOGRÓ 11.0, HACE DIFÍCIL INTERPRETAR LOS RESULTADOS EN EL SENTIDO DE LA DEFINITIVIDAD EN LA SUPERIORIDAD EN EFECTIVIDAD DE UN TRATAMIENTO SOBRE OTRO. AÑADIENDO OTRO ASPECTO IMPORTANTE EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS QUE ES LA ALTA TASA DE REINCIDENCIA ENCONTRADA, TAMPOCO NOS PERMITE INCLINARNOS A FAVOR DEL USO DE ALGUNA DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS EN EL ESTUDIO.

BOCANADAS RÁPIDAS Y AIRE HUMEANTE Y CALIENTE

ESTE TIPO DE TÉCNICAS USADAS HAN EMPLEADO COMO ESTÍMULO AVERSIVO EL FUMAR RÁPIDO ÚNICAMENTE O COMBINANDO ESTE ESTÍMULO CON AIRE HUMEANTE CALIENTE. (SCHMAL Y COL. -- 1972 Y LICHTENSTEIN 1973). VÉASE APÉNDICE B PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO.

SCHMAL Y COL. (1972) USARON COMO TRATAMIENTO, AIRE HUMEANTE Y CALIENTE EN COMBINACIÓN CON FUMAR RÁPIDO, OBTENIENDO EL 64% DE ABSTINENCIA EN LOS SUJETOS EN UN SEGUIMIENTO DE SEIS MESES.

LICHTENSTEIN Y COL. (1973) ELIMINARON EL COMPONENTE DE AIRE HUMEANTE CALIENTE SIN PÉRDIDA DE EFECTIVIDAD Y EL COMPONENTE ÚNICO DE FUMAR RÁPIDO ARROJÓ UN 60% DE ABSTINENCIA A SEIS MESES DE SEGUIMIENTO.

PARA LICHTENSTEIN EL USO DE LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO HA PRODUCIDO LOS MEJORES RESULTADOS ENTRE LOS TRATAMIENTOS DE TERAPIA CONDUCTUAL PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR. (LICHTENSTEIN 1975, INSTRUCTIVO NO PUBLICADO).

LA TÉCNICA Y LOS RESULTADOS LOGRADOS POR LICHTENSTEIN Y COLABORADORES, ES CONSISTENTE CON LA HIPÓTESIS DE QUE EL TRATAMIENTO ES MÁS EFECTIVO CUANDO EL ESTÍMULO NEGATIVO EMPLEADO COMPARTIENE LA MISMA MODALIDAD SENSORIAL DE LA CONDUCTA A SER SUPRIMIDA, (FLAXMAN 1976). ADEMÁS CADA INSTANCIA DE LA CONDUCTA PROBLEMA (FUMAR) ES CASTIGADA, DEBIDO A QUE NO SE PERMITE A LOS SUJETOS FUMAR ENTRE SESIONES Y SI DESEAN FUERTEMENTE UN CIGARRO, DEBEN PEDIR UNA SESIÓN ADICIONAL, (FLAXMAN 1976). OTRO BENEFICIO APARENTE ADEMÁS DE PROMOVER UNA AVERSIÓN HACIA EL FUMAR, CONSISTE EN QUE EL FUMAR RÁPIDO PROVEE ALIVIO A LOS SÍNTOMAS DE RETIRADA, YA QUE EL FUMAR PUEDE OCURRIR DIARIAMENTE, AUNQUE EN UNA SITUACIÓN AVERSIVA, (FLAXMAN 1976).

A PESAR DE LAS RAZONES PARA ESPERAR QUE ESTA TÉCNICA DIERA MAGNÍFICOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS AVERSIVAS USADAS CON ANTERIORIDAD, (BERNSTEIN 1970), OTROS INVESTIGADORES HAN FALLADO EN REPLICAR LOS RESULTADOS DE LICHTENSTEIN Y COL., POR EJEMPLO: LANDO (1975), FLAXMAN (1974), CURTIS Y COL. (1973).

LANDO (1975) REALIZÓ UNA COMPARACIÓN DE FUMAR EXCESIVAMENTE Y FUMAR RÁPIDAMENTE EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA CRÓNICA DE FUMAR, SU PROPÓSITO APARTE DE PROVEER

UNA COMPARACIÓN DIRECTA DE LOS MÉTODOS DE LICHTENSTEIN Y RESNICK (1968), EN UN MARCO DE REFERENCIA DE UN DISEÑO EXPERIMENTAL CUIDADOSAMENTE CONTROLADO PARA EVALUAR LOS EFECTOS DEL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO PER-SE, MINIMIZÓ DELIBERADAMENTE LOS FACTORES DE RELACIÓN INTERPERSONAL, FACTORES QUE SEGÚN EL INVESTIGADOR SCHMAL LICHTENSTEIN Y HARRIS EXPLOTARON DELIBERADAMENTE, ADEMÁS DEL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO, BASADO EN EL 100% DE REDUCCIÓN DEL PORCENTAJE DE FUMAR OBTENIDO AL FINAL DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL EN LOS ESTUDIOS DE ESTOS INVESTIGADORES QUE COMPARARON EL EFECTO DE LA CONDICIÓN, AIRE HUMEANTE CALIENTE Y LA CONDICIÓN CONTROL (AIRE MENTOLADO). (SCHMAL Y COL. 1972).

EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LANDO, LA TASA DE REDUCCIÓN PARA LA CONDICIÓN DE FUMAR RÁPIDO FUÉ DE 57% LA PRIMERA SEMANA DE SEGUIMIENTO Y DE 36% A DOS MESES. PARA LA CONDICIÓN DE FUMAR EXCESIVAMENTE LA TASA DE REDUCCIÓN FUÉ DE 46% LA PRIMERA SEMANA Y DE 46% A LOS DOS MESES DE SEGUIMIENTO.

LA COMPARACIÓN DE LOS DOS GRUPOS EXPERIMENTALES ENTRE SI FRACASÓ EN INDICAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUALQUIER INTERVALO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, AUNQUE SI SE DIFERENCIARON SIGNIFICATIVAMENTE DEL GRUPO CONTROL EN $p < 0.001$, Y LAS TASAS DE ABSTINENCIA INICIAL FUERON DEL 60% APROXIMADAMENTE PARA LOS GRUPOS EXPERIMENTALES. (LANDO - 1975).

RESULTADOS ENCONTRADOS DEMUESTRAN INCONSISTENCIA --
CON LAS TASAS DE ÉXITO LOGRADAS TANTO EN EL SEGUIMIENTO
POR RESNICK (1968), LICHTENSTEIN Y COL. (1973) SCHMAL Y
COL. (1972), COMO EN EL PORCENTAJE DE ABSTINENCIA INI--
CIAL, Y ÉSTAS DIFERENCIAS POSIBLEMENTE SE BASAN EN DEBI--
LIDADES DE TIPO METODOLÓGICO Y/O COMPLICACIONES EN LOS
OTROS ESTUDIOS REALIZADOS.

CURTIS, SIMPSON Y COLE (1973) EVALUARON LA UTILIZA--
CIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE FUMAR RÁPIDO EN UNA COMUNIDAD.
ESTABLECIENDO DOS CONDICIONES DE TRATAMIENTO (LA PRIMERA
CONSISTIÓ EN FUMAR RÁPIDAMENTE ADEMÁS DE DISCUSIÓN DE -
GRUPO Y LA SEGUNDA CONSISTIÓ EN DISCUSIÓN DE GRUPO SOLA--
MENTE), NO ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS DI--
FERENTES TRATAMIENTOS, EN AMBOS GRUPOS HUBO DECREMENTO -
DE LA CONDUCTA DE FUMAR DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, SÓLO EL
15% DEL TOTAL DE SUJETOS SE MANTENÍA SIN FUMAR A LOS CIN--
CO MESES.

LAS DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REA--
LIZADOS POR CURTIS Y COL. (1973) Y LICHTENSTEIN Y COL. --
(1973), PUDIERON DEBERSE ENTRE OTROS FACTORES A QUE EN LOS
ESTUDIOS DE ESTOS ÚLTIMOS SE UTILIZARON MUESTRAS PEQUEÑAS
DE SUJETOS Y QUE ADEMÁS HAN SIDO GENERALMENTE ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS, PLANTEANDO POR LO TANTO, PROBLEMAS DE GE--
NERALIZACIÓN LIMITADA A UNA POBLACIÓN GENERAL, EN ESTE CA--
SO LA COMUNIDAD ESTUDIADA POR CURTIS Y COL.

ESTOS ESTUDIOS REVISADOS (CURTIS Y COL. 1973, LANDO 1975), NOS PLANTEAN LA NECESIDAD DE OBSERVAR CON PRECAUCIÓN LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO YA QUE POSIBLEMENTE EXISTAN PROBLEMAS METODOLÓGICOS QUE NO NOS PERMITAN EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO EN SÍ, COMO POR EJEMPLO LA ESTRECHA SELECCIÓN DE SUJETOS Y FACTORES INTERPERSONALES NO ESPECIFICADOS QUE EN REALIDAD PUEDEN SER LOS DETERMINANTES MÁS IMPORTANTES DE LOS RESULTADOS TAN DRAMÁTICOS OBTENIDOS POR LICHTENSTEIN Y COL. (1973) Y SCHMAL Y COL. (1972).

LA REINCIDENCIA A LARGO PLAZO ENCONTRADA DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE ESTE TIPO DE TÉCNICA SIGUE SIENDO LA REGLA Y NO LA EXCEPCIÓN. LICHTENSTEIN Y COL. (1973), SCHMAL Y COL. (1972), LANDO (1975), CURTIS Y COL. (1973) Y FLAXMAN (1976).

SOBRESACIEDAD

KEUTZER (1968) APLICÓ UN PROCEDIMIENTO AL QUE LE LLAMÓ "PRÁCTICA NEGATIVA", EL CUAL ESTABA FUNDAMENTADO EN EL RAZONAMIENTO DE QUE NO ES LA REPETICIÓN LO QUE FORTALECE A UN HÁBITO SINO QUE SE DEBE A CIERTOS FACTORES QUE OPERAN A TRAVÉS DE LA REPETICIÓN.

LA INVESTIGADORA TRATÓ DE ELIMINAR EL FUMAR SENSIBILIZANDO A LOS FUMADORES RESPECTO A LAS SENSACIONES MOLESTAS Y CONSECUENCIAS DE HACERLO EN EL MOMENTO EN EL QUE EL SUJETO CONSUMÍA VARIOS CIGARROS EN UN CUARTO LLENO DE HUMO. LOS RESULTADOS QUE OBTUVO FUERON SIN EMBARGO MUY PÓBRES.

RESNICK (1968) TAMBIÉN GREYÓ QUE A TRAVÉS DE LA SOBRESACIEDAD, PODRÍA CONVERTIRSE AL FUMAR EN SU PROPIO ESTÍMULO AVERSIVO. INSTRUYÓ A SUS CLIENTES PARA QUE DUPLICARAN O TRIPLICARAN SUS TASAS DE FUMAR, DURANTE UNA SEMANA Y ENCONTRÓ QUE EN UN SEGUIMIENTO DE CUATRO MESES EL 63% DE LOS SUJETOS MANTENÍAN ABSTINENCIA DE FUMAR, SIN EMBARGO, MARSTON Y Mc FALL (1971) Y LANDO (1975) HACIENDO REPLICACIONES CONTROLADAS DE ESTE ESTUDIO FRAGABARON EN REPLICAR LOS RESULTADOS.

USANDO UNA APROXIMACIÓN DIFERENTE A LA SOBRESACIEDAD, MARRONE Y COL. (1970) INVESTIGARON EL EFECTO DE DOS CONDICIONES DE FUMAR CONTINUAMENTE (UN GRUPO FUMÓ SIN INTERRUPCIÓN DURANTE DIEZ HORAS Y OTRO DURANTE VEINTE HORAS), A LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO EL 60% DE LOS SUJETOS DEL GRUPO DE VEINTE HORAS, REPORTARON ABSTINENCIA, MIENTRAS QUE EN ESE MISMO LAPSO LOS SUJETOS DEL GRUPO DE DIEZ HORAS MOSTRARON UNA REINCIDENCIA CONSIDERABLE.

HUNT Y BESPALCO (1974) REALIZARON UNA EVALUACIÓN EXTENSA DE LOS MÉTODOS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR SOBRE UN TOTAL DE 89 ESTUDIOS QUE TENÍAN LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE CONTROL METODOLÓGICO (POR EJEMPLO USO DE GRUPO CONTROL), Y EN BASE A LOS RESULTADOS LOBRADOS TANTO EN ABSTINENCIA COMO EN REDUCCIÓN DEL FUMAR, A CORTO Y LARGO PLAZO.

LOS ESTUDIOS LOS CLASIFICARON EN LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS:

- A) - CONDICIONAMIENTO AVERSIVO,
- B) - TERAPIA DE DROGAS,
- C) - APOYO DE GRUPO Y EDUCACIÓN,
- D) - HIPNOSIS,
- E) - MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (LA CUAL INCLUYE LA TÉCNICA DE SOBRESACIEDAD, YA QUE SEGÚN LOS AUTORES ES IMPOSIBLE SEPARAR LA HABITACIÓN DE -- LOS FACTORES AVERSIVOS CONCOMITANTES),
- F) - MISCELÁNEOS (AQUÍ SE INCLUYEN LOS ESTUDIOS QUE COMBINAN MÉTODOS, JUEGOS DE ROL Y PROCEDIMIENTOS DE AUTOCONTROL, LOS CUALES NO FUERON SUFICIENTEMENTE NUMEROSOS PARA JUSTIFICAR UNA CATEGORÍA SEPARADA).

LOS RESULTADOS DE DICHA EVALUACIÓN FUERON PRINCIPALMENTE LOS SIGUIENTES:

- 10.) LOS SUJETOS QUE HAN TERMINADO EL TRATAMIENTO EXITOSAMENTE Y QUE SE ABSTIENEN POR COMPLETO DE FUMAR EN SU TERMINACIÓN, REINCIDEN RÁPIDAMENTE EN SU PATRÓN ANTECEDENTE HABITUAL, LO CUAL REFLEJA UNA CURVA ACELERADA NEGATIVAMENTE, YA SEA PROMEDIANDO LOS RESULTADOS HASTA 1971 O HASTA 1973. (VÉASE GRÁFICA I APÉNDICE A).

LA CURVA DE LA GRÁFICA I DEBE TOMARSE CON PRECAUCIÓN EN RELACIÓN A LA INTERPRETACIÓN YA QUE SE SACÓ EL -- PROMEDIO DE MUCHOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO EN BASTANTES ESTUDIOS DIFERENTES, SIN EMBARGO, NOS PUEDE PER-

MITIR REALIZAR EVALUACIONES COMPARATIVAS DE LA EFECTIVIDAD DE CUALQUIER TRATAMIENTO INDIVIDUAL, ES DECIR, LA INVESTIGACIÓN SE PODRÍA CONCENTRAR EN EL DESARROLLO DE LOS TRATAMIENTOS QUE MOSTRARAN UNA EFICACIA POR ARRIBA DEL PROMEDIO (POR EJEMPLO UNA DESVIACIÓN ESTÁNDAR POR ENCIMA DE LA NORMA) Y SE RECHAZARÍAN LOS TRATAMIENTOS MENOS EXITOSOS, LO QUE ANHORRARÍA TIEMPO, ESFUERZO Y COSTOS. HUNT Y BESPALC - - (1974).

A PESAR DE LAS IMPLICACIONES QUE SE PODRÍAN EXTRAER DE LA CURVA , HUNT Y MATARAZZO (1973) CUESTIONAN SI EN REALIDAD LOS DATOS QUE SE HAN OBTENIDO EN LOS ESTUDIOS ANTERIORES Y ACTUALES SON DE CALIDAD SUFICIENTE COMO PARA JUSTIFICAR UNA EVALUACIÓN DE ESTE TIPO. Y CONSIDERANDO OTRAS RESTRICIONES EVALUATIVAS COMO SON LA AMPLITUD DE LA MUESTRA Y LO ADECUADO DEL SEGUIMIENTO, CONTINUAN CUESTIONANDO LA CONFIABILIDAD DE UNA EVALUACIÓN SOBRE UN PROGRAMA BASADO EN UNA MUESTRA MUY PEQUEÑA (POR EJEMPLO CINCO SUJETOS) Y - UNO QUE MANTUVO UN PERÍODO DE SEGUIMIENTO DE SÓLO - UNO O DOS MESES.

EN ESTA REVISIÓN QUE DESCRIBO SE RECHAZARON 33 ESTUDIOS DEBIDO A QUE NO PRESENTARON DATOS DE SEGUIMIENTO, QUE NO ESPECIFICARON EL TRATAMIENTO O LOS PERÍODOS DE SEGUIMIENTO Y TODOS LOS ESTUDIOS QUE UTILIZARON A UN SUJETO COMO MUESTRA.

SEÑALADO LO ANTERIOR, MÁS EL HECHO DE QUE EN ESTA ÁREA EL CONTROL DE LAS MEDIDAS DE LOS TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS REPORTADAS NO ES TAN FINO COMO LOS AMBIENTES DE LABORATORIO, QUEDA CLARO QUE LOS DATOS PRESENTADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER INTERPRETADOS CON CAUTELA.

- 20.) LA CURVA DEL PORCENTAJE DE REINCIDENCIA EN BASE A LA REDUCCIÓN EN LA TASA DE BASE DEL FUMAR, ES MUY SIMILAR A LA DE LA ABSTENCIÓN (TOMANDO EN CUENTA LOS 89 ESTUDIOS MENCIONADOS). (VÉASE GRÁFICA 2 APÉNDICE A).
- 30.) EL ANÁLISIS DE LAS CATEGORÍAS INDIVIDUALES MOSTRÓ, EN EL CASO DE LA REINCIDENCIA EN BASE A LA ABSTENCIÓN INICIAL, LO SIGUIENTES (VÉASE GRÁFICA 3 APÉNDICE A)
- A)- PARA LOS MÉTODOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO, SÓLO HUBO REPORTES DE DATOS DE ABSTENCIÓN EN EL PUNTO DE SEIS MESES Y ÉSTOS FUERON EN EL RANGO DE 22% A 67%. LOS RESULTADOS DE MUCHOS ESTUDIOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO SE VEN AFECTADOS POR LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN USADOS Y LAS ALTAS TASAS DE ABANDONO ENCONTRADAS DURANTE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.
- B)- EN EL CASO DE LA TERAPIA DE DROGAS, EXISTEN MUY POCOS DATOS Y SÓLO AL NIVEL DE UN AÑO, PRESENTÁNDOSE UNA ABSTENCIÓN POCO IMPACTANTE QUE VA DEL 8% AL 18%. EN LA MAYORÍA DE ESTOS ESTUDIOS SE HAN USADO SUBSTITUTOS DE LA NICOTINA Y NO LA NICOTINA EN SÍ MISMA.
- C)- EN LA CATEGORÍA DE GRUPO DE APOYO Y EDUCACIÓN --

EXISTE UNA COMPARACIÓN FAVORABLE EN RELACIÓN A OTROS MÉTODOS, LA TASA DE ABSTENCIÓN REPORTADA VA DEL 14% AL 78% EN DIVERSOS PERÍODOS REPORTADOS.

D)- USANDO LA HIPNOSIS, LOS RESULTADOS HAN SIDO IMPACTANTES EN RELACIÓN A OTROS MÉTODOS, MUESTRAN UN RANGO DE ABSTENCIÓN REPORTADA QUE VA DEL 15% AL 18%, SIN EMBARGO LAS POBLACIONES QUE HAN SIDO TRATADAS CON ESTA TÉCNICA SON MUY PEQUEÑAS Y EL MÉTODO IMPLICA UNA RAZÓN TERAPEUTA-PACIENTE DE UNO A UNO, LO QUE HACE QUE EL PROCEDIMIENTO SEA MUY COSTOSO. TAMBIÉN AQUÍ SE ENCUENTRAN PROBLEMAS DEBIDO A LA PRESELECCIÓN DE SUJETOS Y ALTA TASA DE ABANDONO.

E)- NO SE REPORTAN DATOS DE ABSTENCIÓN PARA EL GRUPO DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y MISCELÁNEOS.

40.) EL ANÁLISIS DE LAS CATEGORÍAS INDIVIDUALES, EN EL CASO DE REINCIDENCIA EN BASE A LA REDUCCIÓN INICIAL, ARROJÓ LO SIGUIENTE: (VÉASE GRÁFICA 4 APÉNDICE A)

A)- EN LA CATEGORÍA DEL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO, LAS TASAS DE REDUCCIÓN VAN DEL 0% AL 100%, COMO UNA TÉCNICA DE REDUCCIÓN, PARECE SER QUE EL CONDICIONAMIENTO AVERSIVO PUEDE TENER ALGÚN VALOR, EL 0% PROVIENE DE UN ESTUDIO EN EL QUE EL GRUPO EXPERIMENTAL EN REALIDAD INCREMENTÓ SU TASA EN LUGAR DE REDUCIRLA. LOS RESULTADOS DE 86% DE REDUCCIÓN MANTENIDA EN UN PERÍODO DE UN AÑO SON IMPORTANTES. LOS RESULTADOS REPORTADOS POR AL-

GUNOS ESTUDIOS SE VEN ATENUADOS DEBIDO A LA SELECCIÓN DE SUJETOS Y TASAS DE ABANDONO.

- B)- EN LOS TRATAMIENTOS QUE USAN DROGAS NO HAY DATOS DE REDUCCIÓN.
- C)- EN LA CATEGORÍA DE APOYO DE GRUPO Y EDUCACIÓN SE ENCUENTRAN RESULTADOS PROMETEDORES Y REPORTES EXTENSOS DE SEGUIMIENTO QUE VAN DESDE EL 16% AL 81% DE REDUCCIÓN. AQUÍ TAMBIÉN OCURRE LA PRESELECCIÓN DE SUJETOS.
- D)- EN LA CATEGORÍA DE HIPNOSIS NO HAY DATOS DE REDUCCIÓN.
- E)- PARA LA CATEGORÍA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA SE ENCONTRARON REDUCCIONES QUE VAN DEL 17% AL 70%, - SIN EMBARGO LOS AUTORES NO CALIFICAN A NINGÚN ESTUDIO COMO EXCEPCIONAL. (HUNT Y BESPALC 1974).
- F)- EN LA CATEGORÍA DE MISCELÁNEOS LOS REPORTES VAN - DESDE EL 0% AL 80% DE REDUCCIÓN. CUANDO SE TRATA DE COMBINACIONES DE MÉTODOS, ES IMPOSIBLE AISLAR O ANALIZAR LA CONTRIBUCIÓN DE CADA COMPONENTE INDIVIDUAL. (HUNT Y BESPALC 1974).

50.) OTROS PROCEDIMIENTOS.

A)- PROCEDIMIENTOS DE ABANDONO GRADUAL:

EL PROPÓSITO SUBYACENTE A ESTOS PROCEDIMIENTOS DE ABANDONO GRADUAL ES LA NECESIDAD DE DESARROLLAR MÉTODOS EFECTIVOS PARA REDUCIR LA TASA DE CONSUMO DE CIGARRO Y A LA VEZ MINIMIZAR LOS ASPECTOS MO-

LESTOS DEL RETIRO.

ALGUNAS DE LAS APROXIMACIONES MÁS SIMPLES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ABANDONO GRADUAL INCLUYEN MONITOREO Y EL RESTRINGIR EL CONSUMO DE CIGARRO, YA SEA ESTABLECIENDO UNA CANTIDAD REGULAR DE CIGARROS FUMADOS DURANTE EL DÍA O EL IR INCREMENTANDO EL INTERVALO DE TIEMPO ENTRE CADA CIGARRO FUMADO. OTRA ALTERNATIVA SERÍA CUANDO UN FUMADOR INTENTE REALIZAR MENOS BOCANADAS POR CIGARRO.

(FLAXMAN 1976).

UN DISPOSITIVO MECÁNICO IDEADO PARA INCREMENTAR EL INTERVALO DE TIEMPO ENTRE CIGARROS, ES UNA CIGARRERA CON UN TIMER QUE PERMITE ABRIRSE SOLO -- DESPUÉS DE UN PERÍODO DE TIEMPO ESPECÍFICO, (AZRIN Y POWELL 1968). SIN EMBARGO LOS RESULTADOS QUE HAN UTILIZADO ESTE DISPOSITIVO HAN SIDO POBRES, Y NO HAN MOSTRADO ALGUNA TRANSFERENCIA DE LOS EFECTOS DEL PERÍODO DE TRATAMIENTO (CUANDO SE USA LA CIGARRERA) AL PERÍODO POSTERIOR AL TRATAMIENTO (SIN CIGARRERA), (AZRIN Y POWELL 1968).

UN CONJUNTO DE PROCEDIMIENTOS DE ABANDONO GRADUAL HAN INTENTADO ESTRECHAR EL VASTO COMPLEJO ESTIMULATIVO AL CUAL EL FUMAR ESTÁ PROBABLEMENTE CONDICIONADO. EN ALGUNO DE ESOS ESTUDIOS SE LES INSTRUYÓ A LOS SUJETOS PARA QUE LLEVARAN CONSIGO UN TIMER, EL CUAL CUANDO SONABA SEÑALABA LA POSIBI-

LIDAD DE FUMAR. DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO, EL TIMER ERA ARREGLADO PARA QUE OCURRIERA EN INTERVALOS CADA VEZ MAYORES. (LEVINSON Y COL. -- 1971 Y SAPHIRO Y COL. 1971)

EL USO DE ESTA TÉCNICA, SIN EMBARGO, NO PRODUJO INCREMENTOS SUPERIORES A LOS PROCEDIMIENTOS CONTROL. (LEVINSON Y COL. 1971).

OTRA APROXIMACIÓN PARA MINIMIZAR EL CONTROL QUE EJERCEN LOS ESTÍMULOS SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR CONSISTE EN IDENTIFICAR LOS ESTÍMULOS ASOCIADOS CON EL FUMAR Y HACER QUE EL CLIENTE LOS ORDENE JERÁRQUICAMENTE DE ACUERDO A LA DIFICULTAD QUE TENDRÍA EN ABSTENERSE DE FUMAR EN CADA SITUACIÓN. COMO SIGUIENTE PASO, EL SUJETO ES INSTRUÍDO PARA QUE ABANDONE LOS CIGARROS EN LA SITUACIÓN EVALUADA COMO MÁS FÁCIL, PROGRESANDO HACIA ARRIBA EN LA JERARQUÍA, PASANDO ALREDEDOR DE TRES DÍAS POR CADA SITUACIÓN. SIN EMBARGO NI MARSTON Y McFALL (1971), NI SAGHS, BEAN Y MONOW (1970), QUE EXPANDIERAN LA JERARQUÍA PARA INCLUIR PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS QUE ACTUABAN COMO ESTÍMULOS CONTROLADORES DEL FUMAR, REPORTARON ALGÚN GRADO DE ÉXITO CON ESTA TÉCNICA.

OTRA ALTERNATIVA DE CONTROL DE ESTÍMULOS INCLUYE EL REALIZAR LA ACTIVIDAD DE FUMAR SÓLO EN UNA SITUACIÓN QUE CADA VEZ SEA MÁS INACCESIBLE (POR EJEMPLO UNA SILLA DEL FUMAR), (NOLAN 1968), NO --

EXISTE UNA RAZÓN SIN EMBARGO PARA SUPONER QUE ESTA TÉCNICA TENDRÁ ÉXITO EN DONDE OTRAS TÉCNICAS GRADUALES HAN FALLADO. (FLAXMAN, 1976).

SE HAN HECHO ESTUDIOS, (FLAXMAN 1976), PARA COMPARAR LA TÉCNICA DE ABANDONO GRADUAL Y ABANDONO ABRUPTO, SIENDO EL ABANDONO GRADUAL BASTANTE MENOS EFECTIVO QUE EL ABANDONO ABRUPTO. Y ES OBVIO QUE LOS EFECTOS DEL REFORZAMIENTO PARCIAL SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CESACIÓN PUEDEN ACTUAR CONTRA EL PROPIO ÉXITO DE ÉSTOS. (FLAXMAN 1976).

B)- PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS:

EN ESTA SUBCATEGORÍA SE INCLUYEN LOS ESTUDIOS Y APLICACIONES HECHAS POR LAS CLÍNICAS PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR.

EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, LA CLÍNICA PARA DEJAR EL CIGARRO HA SIDO AMPLIAMENTE USADA, - (WAGNER 1971, BERNSTEIN 1970, KEUTZER Y LICHTENSTEIN 1968), SIN EMBARGO LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN ELLAS HAN TENIDO MUCHAS FALLAS DE TIPO METODOLÓGICO Y UN MAL EMPLEO DE LA ESTADÍSTICA - (POR EJEMPLOS ALGUNOS SEÑALAN EL PORCENTAJE DE ÉXITO, PERO NO SEÑALAN EL NÚMERO DE SUJETOS QUE EMPEZÓ EL PROGRAMA), COMO SEÑALA WAGNER (1971) EN OTROS NO SE PRESENTA SEGUIMIENTO ALGUNO DE LOS EFECTOS DE TRATAMIENTO COMO SEÑALA BERNSTEIN (1970) Y AÚN EN MUCHOS OTROS NO SE LLEVAN A CABO EXPERI-

MENTOS CUIDADOSAMENTE CONTROLADOS (POR EJEMPLO: AUSENCIA DE GRUPO CONTROL) COMO SEÑALA KEUTZER Y LICHTENSTEIN (1968).

WAGNER (1971) PROPONE LA NECESIDAD DE USAR DIVERSAS TÉCNICAS PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR DE UNA FORMA INTEGRADA, EN LAS CLÍNICAS ANTICIGARRRO Y PARA TAL EFECTO, REALIZÓ UN ESTUDIO PILOTO EN DONDE SE SELECCIONARON A 32 SUJETOS QUE REGISTRIERON SIETE SESIONES DE UNA HORA EN DONDE SE DISCUTIERON LOS PELIGROS DEL FUMAR, SE LES ENSEÑÓ CÓMO RELAJARSE Y SE LES APLICARON ADEMÁS, LAS SIGUIENTES TÉCNICAS: JUEGO DE ROL Y SOBRESACIEDAD. SE TUVO UNA DISCUSIÓN CON LOS SUJETOS ACERCA DE LAS TÉCNICAS Y LOS PROBLEMAS QUE SE PODÍAN TENER PARA ALCANZAR EL ÉXITO DE LA ABSTINENCIA, TAMBIÉN INCLUIDA EN EL TRATAMIENTO.

PARA LA ÚLTIMA SESIÓN DE ESTE ESTUDIO PILOTO MARATÓNICO, 22 DE LOS 32 SUJETOS DEJARON DE FUMAR UN 100%, SIN EMBARGO A LOS 35 DÍAS DE SEGUIMIENTO EL PROMEDIO DE CIGARRROS FUMADOS POR ESTOS MISMOS SUJETOS ERA DE 9.2 Y A LOS SEIS MESES DE 20 CIGARRROS, CUATRO MENOS QUE EL PROMEDIO DE LÍNEA BASE. QUEDA CLARO QUE EL USO DE LAS CLÍNICAS ANTICIGARRRO NO ES NECESARIAMENTE INADECUADO, SIEMPRE Y CUANDO SUS TRATAMIENTOS Y APLICACIONES PUEDAN ALCANZAR UN ESTATUS DE CONTROL, TAL QUE LA EFECTIVIDAD DE SUS PROCEDIMIENTOS QUEDE GARANTIZADA.

C)- ACCIÓN LEGISLATIVA:

EN DIVERSOS PAÍSES SE HA INTENTADO LEGISLAR LA CONDUCTA DE FUMAR CIGARROS. (BERNSTEIN 1970). PROHIBIÉNDOSE EL FUMAR DE UNA MANERA SELECTIVA EN CIERTOS LUGARES Y/O PARA CIERTAS PERSONAS (NIÑOS). LOS RESULTADOS DE LA LEGISLACIÓN ANTI-CIGARRO NO HAN SIDO ALENTADORES, (BERNSTEIN 1970), CUANDO ÉSTOS HAN SIDO EVALUADOS. EN MÉXICO PARECE NO HABER EVALUACIÓN ALGUNA SOBRE ESTE TIPO DE CONTROL.

D)- CAMPAÑAS:

LOS RESULTADOS DE LAS CAMPAÑAS ANTICIGARRO HAN INDICADO QUE SON GENERALMENTE MUY POCO EFECTIVAS PARA ALTERAR LA CONDUCTA DE FUMAR DE LA GENTE A LA QUE VA DIRIGIDA, AÚN CUANDO DICHAS CAMPAÑAS VAYAN ORIENTADAS A POBLACIONES MUY PEQUEÑAS. (BERNSTEIN 1970). NO SE HAN REPORTADO CAMBIOS EN LA OCURRENCIA DE FUMAR O EN LAS ACTITUDES HACIA EL CIGARRO DESPUÉS DE LAS CAMPAÑAS, TOMANDO EN CUENTA LA OCURRENCIA Y LAS ACTITUDES QUE PREVALECIAN ANTES DEL INICIO DE LA CAMPAÑA. (BERNSTEIN 1970).

EN UNA INVESTIGACIÓN RECIENTE RAW (1976) ESTUDIÓ LOS EFECTOS SOBRE EL CONSUMO DE CIGARRO DE 40 SUJETOS DE LAS SIGUIENTES TRES VARIABLES:

- 1) - CONSEJO A LOS PACIENTES PARA REDUCIR O ELIMINAR SU CONSUMO DE CIGARRO DADO POR UN ESPECIALISTA EN PROBLEMAS PULMONARES,

- 2) - UNA ENTREVISTA "MOTIVACIONAL" (SE DISCUTÍAN LOS RIESGOS DE FUMAR Y LAS VENTAJAS DE NO HACERLO), DADA A LOS SUJETOS POR UN PSICÓLOGO, DESPUÉS DE LA ENTREVISTA DE ESTOS CON EL ESPECIALISTA,
- 3) - EL QUE EL PSICÓLOGO VISTIERA BATA BLANCA DURANTE LA ENTREVISTA.

LOS RESULTADOS A LOS TRES MESES DE SEGUIMIENTO, MOSTRARON QUE LOS PACIENTES ACONSEJADOS POR EL ESPECIALISTA PARA QUE REDUJERAN O ELIMINARAN EL FUMAR, REDUJERON SU CONSUMO UN 39% EN PROMEDIO COMPARADO CON UN 17% DE REDUCCIÓN PARA LOS SUJETOS QUE NO FUERON ACONSEJADOS ($P < 0.05$). LA ENTREVISTA "MOTIVADORA" NO FUÉ EFECTIVA YA QUE LOS SUJETOS QUE LA RECIBIERON REDUJERON SU NIVEL DE CONSUMO UN 20% COMPARADO CON UN 36% DEL GRUPO "NO MOTIVADO".

EL GRUPO QUE RECIBIÓ LA ENTREVISTA CON EL PSICÓLOGO VISTIENDO UNA BATA BLANCA REDUJO SU CONSUMO EN UN PROMEDIO DE 46% EN COMPARACIÓN A UN 9% DEL GRUPO EN QUE NO SE USÓ BATA BLANCA ($P < 0.01$).

ESTOS RESULTADOS INDICAN SEGÚN EL AUTOR "...QUE EL PAPEL DEL DOCTOR DE DAR CONSEJO PUEDE SER USADO MÁS EFECTIVAMENTE DE LO QUE COMÚNMENTE SE HACE EN LA MEDICINA PREVENTIVA, Y EL PSICÓLOGO TIENE UN PAPEL IMPORTANTE QUE JUGAR EN MEDIR LOS PARÁMETROS EFECTIVOS DE TALES CONSEJOS Y POR LO TANTO, INCREMENTAR SU CALIDAD." (RAB 1976, PÁGINA 9T).

LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA BATA BLANCA NOS MUES-

TRAN UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJERO QUE PUEDEN SER MANIPULADAS PARA INCREMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL CONSEJO.

E)- CLÍNICAS QUE EMPLEAN MEDICAMENTOS:

EJRUP CITADO EN BERNSTEIN (1970), PRACTICÓ UNA TERAPIA DE TIPO CLÍNICO EN LA QUE USÓ DIVERSAS COMBINACIONES DE TÉCNICAS DENTRO DE UN TRATAMIENTO QUE DURÓ DIEZ DÍAS.

BÁSICAMENTE EL CLIENTE RECIBÍA "INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN", RESPECTO A SU CONDUCTA DE FUMAR (INCLUYENDO DISCUSIÓN DE SU PROBLEMA CON EL DOCTOR), SE LE EXPLICABAN LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO Y SE LE ADMINISTRABAN UNA O MÁS DROGAS, (POR EJEMPLO LOBULINA, AMFETAMINAS, CAFEÍNA). LOS RESULTADOS DE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO SE CLASIFICARON COMO -- EXITOSOS SI EL DÍA ANTERIOR A LA SESIÓN FINAL DE TRATAMIENTO, EL SUJETO NO FUMABA NADA O FUMABA UN 25% O MENOS DE SU TASA NORMAL. LOS RESULTADOS QUE NO LLENABAN ESTE CRITERIO, ERAN SEÑALADOS COMO "POBRES".

EL PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ABANDONARON TOTALMENTE EL CIGARRO CON ESTE PROCEDIMIENTO FUE DE 43% EN 1956 Y 88% EN 1960. BERNSTEIN (1970).

LA TASA DE ABSTINENCIA REPORTADA SOBRE LOS 2,271 SUJETOS TRATADOS EN TODAS LAS REPLICACIONES DE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO REPORTADAS ES DE 60.3%.

SIN EMBARGO, SEIS MESES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EL 50% DE LOS PACIENTES QUE HABÍAN TERMINADO EXITOSAMENTE, REINCIDIERON Y DESPUÉS DE UN AÑO, EL 70% TAMBIÉN HABÍA REINCIDIDO. (BERNSTEIN --- 1970).

ES DIFÍCIL LLEVAR A CABO UNA EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS POR EJURUP, YA QUE DISTARON MUCHO DE SER EXPERIMENTOS CONTROLADOS. EL ÉXITO REPORTADO PUDO DEBERSE A VARIABLES NO CONTROLADAS COMO POR EJEMPLO LA SUGESTIÓN, COMO SEÑALA BERNSTEIN (1970; PÁGINA 14). "EL PRINCIPAL MECANISMO OPERANDO PARA PRODUCIR LA TASA INCREMENTADA DE ÉXITO PUDO HABER SIDO UN EFECTO -- PLACEBO AÚN MÁS PODEROSO EN LA MEDIDA DE QUE ERAN EMPLEADAS MÁS DROGAS Y TÉCNICAS SOLEMNES."

PLAKUN, AMBRUS, BROSS, GRANAM, LEVIN Y ROSS CITADOS EN BERNSTEIN (1970), PRESENTARON RESULTADOS DE OCHO CLÍNICAS QUE TRATARON A UN TOTAL DE 313 SUJETOS. LA INDOCTRINACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO (CON EXCEPCIÓN DE UN GRUPO QUE NO RECIBIÓ NINGUNA), INCLUYÓ INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE LOS PELIGROS DEL FUMAR Y EXAMINACIÓN FÍSICA, UNA HISTORIA MÉDICA DE LA CONDUCTA DE FUMAR Y UN CUESTIONARIO DE TIPO PSICOLÓGICO. DURANTE LA PRIMERA SEMANA, CADA SUJETO TENÍA QUE REPORTAR DIARIAMENTE SU CONDUCTA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS, SU --

CONDUCTA DE FUMAR Y LOS EFECTOS COLATERALES QUE SE MANIFESTABAN. TAMBIÉN SE LLEVARON A CABO RESÚMENES SEMANARIOS DE ESTAS CONDUCTAS DURANTE -- LAS TRES SEMANAS DE TRATAMIENTO. CADA SUJETO RECIBIÓ TABLETAS DE SULFATO DE LOBULINA (5 MG. 2 - AL DÍA) Y 5 MG. DE PASTILLAS CON SABOR A CANELA PARA SER TOMADAS LIBREMENTE. EN CASO DE QUE LOS SUJETOS REPORTABAN QUE SENTÍAN CADA VEZ MÁS APETITO Y QUE LA CONSECUENCIA DE SUBIR DE PESO SERÍA UN PROBLEMA PARA ELLOS, SE LES DIÓ TAMBIÉN UNA - ANFETAMINA (8 MG. 1 AL DÍA). A LOS SUJETOS QUE NO RECIBIERON TRATAMIENTO, SE LES ADMINISTRÓ UNA MEDICACIÓN PLACEBO CORRESPONDIENTE A LA DADA A - LOS SUJETOS TRATADOS.

LOS RESULTADOS SE PRESENTARON EN TÉRMINOS DEL CONSUMO DE CIGARRO DE LOS SUJETOS DESPUÉS DE UNA SEMANA DE TRATAMIENTO. EL 66% DE LOS SUJETOS TRATADOS, NO FUMABAN EN ESE PUNTO, EN COMPARACIÓN AL 50% DE ABSTENCIÓN REPORTADO POR LOS SUJETOS QUE NO RECIBIERON EL TRATAMIENTO.

LA ÚLTIMA CLÍNICA DE LA SERIE, LA CUAL NO INCLUYÓ PROCEDIMIENTOS DE INDOCTRINACIÓN FUE LA MENOS EXITOSA. DE 122 SUJETOS QUE SE INCLUYERON EN UN SEGUIMIENTO DE UNO A CUATRO MESES, EL 42% DE AQUÉLLOS QUE NO HABÍAN FUMADO DESPUÉS DE UNA SEMANA DE TRATAMIENTO, TODAVÍA SE ABSTENÍAN.

GRAFF, MANNETT Y BASH CITADOS EN BERNSTEIN - - (1970) LLEVARON A CABO UN ESTUDIO CLÍNICO QUE SE DISEÑÓ PARA ESTUDIAR, ENTRE OTRAS COSAS, LOS MEJORES MÉTODOS DISPONIBLES PARA AYUDAR AL FUMADOR A ABANDONAR EL CIGARRO. EL PROCEDIMIENTO CONSISTIÓ DE DIEZ SESIONES SEMANARIAS PARA LAS CUALES CADA SUJETO TUVO QUE PAGAR 25 DÓLARES (AUNQUE NO NECESARIAMENTE POR ADELANTADO). SOLAMENTE 37 SUJETOS DE 111 ASISTENTES, A UNA CONFERENCIA DE ORIENTACIÓN SOBRE EL TABAQUISMO DECIDIERON PARTICIPAR Y CADA UNO DE ELLOS FUÉ ASIGNADO A UNO DE CUATRO TRATAMIENTOS DISPONIBLES: TERAPIA DE - - GRUPO; HIPNOTERAPIA, LOBULINA Y CLORODIAZEPAN.

DESPUÉS DE QUE SE HICIERON LOS ASIGNAMIENTOS, - TRES SUJETOS MÁS ABANDONARON LA CLÍNICA, QUEDANDO 34 SUJETOS EN TOTAL (EDAD PROMEDIO DE 41 AÑOS) (Y PROMEDIO DE CIGARROS CONSUMIDOS ENTRE 20 Y 30) DE QUIENES SÓLO 24 FINALIZARON LAS DIEZ SEMANAS DE TRATAMIENTO.

LOS SUJETOS QUE NO FUERON VOLUNTARIOS SE USARON COMO GRUPO CONTROL. UN TERAPEUTA DIRIGIÓ LA TERAPIA DE GRUPO, OTRO LA HIPNOTERAPIA Y UN TERCERO LOS DOS TRATAMIENTOS DE DROGAS. LOS PRIMEROS TERAPEUTAS ESTABAN "MUY COMPROMETIDOS" PARA AYUDAR A LA GENTE A DEJAR EL CIGARRO, MIENTRAS QUE

EL TERCERO "SE APROXIMÓ A LA ACTITUD DE UN GENERAL OCUPADO, DANDO DROGAS, MIENTRAS DABA UNA BREVE TERAPIA DE APOYO" (GRAFF, ET AL,) CITADO EN BERNSTEIN (1970; PÁG. 17-18).

DE LOS 24 SUJETOS QUE QUEDARON EN EL PROGRAMA 19 (79%) CESARON DE FUMAR AL TERMINAR ÉSTE Y EN UN SEGUIMIENTO DE TRES MESES 15 Ss (62.5%) TODAVÍA NO FUMABAN.

COMPARANDO LOS TRATAMIENTOS SE ENCONTRÓ QUE LA -- HIPNOSIS FUÉ INICIALMENTE LA MÁS EXITOSA (100% DE ABSTENCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO), SEGUIDO POR -- EL TRATAMIENTO DE GRUPO (55%), CLCRODIAZEPAN (33%) Y LOSULINA (29%). LA TASA DE REINCIDENCIA QUE SE PRESENTÓ MÁS BAJA, FUÉ PARA EL GRUPO DE HIPNOSIS Y LA MÁS ALTA, PARA EL GRUPO QUE UTILIZÓ A LA LOSULINA COMO DROGA (BERNSTEIN 1970).

UNA DE LAS CONCLUSIONES QUE SE PUEDEN HACER DE ESTOS ESTUDIOS REPORTADOS, ES QUE LOS TRATAMIENTOS QUE CONTIENEN UNA DOSIS MAYOR DE SUGESTIÓN Y ATENCIÓN (POR EJEMPLO: LOS SUJETOS QUE RECIBIERON DROGA TUVIERON UN TOTAL DE UNA HORA DE CONTACTO CON EL TERAPEUTA EN OPOSICIÓN A DIEZ HORAS DE CONTACTO QUE TUVIERON LOS SUJETOS QUE NO RECIBIERON DROGA), DEL "TERAPEUTA" SERÁ MÁS EFECTIVA QUE AQUÉLLOS QUE NO TIENEN ESAS PROPIEDADES. (BERNSTEIN - 1970).

F)- CONTROL CUBIERTO DEL FUMAR:

EXISTE EVIDENCIA EXPERIMENTAL QUE SUGIERE QUE LA TERAPIA DE CONTROL CUBIERTO PUEDE SER EFECTIVA EN PRODUCIR UNA REDUCCIÓN INMEDIATA Y DURADERA DE LA CONDUCTA DE FUMAR. (DANAHER 1976).

EXISTEN CLASES DE CONDUCTA QUE SÓLO EL ORGANISMO PUEDE OBSERVAR Y EXPERIMENTAR, (PUESTO QUE SÓLO SON ACCESIBLES A ÉL) A ESTAS IMÁGENES O PENSAMIENTOS, HOMME (1965) LAS LLAMÓ "OPERANTES CUBIERTAS."

UNA SUPOSICIÓN BÁSICA RESPECTO A LAS RESPUESTAS CUBIERTAS ES QUE ÉSTAS SON CONTROLADAS POR LAS MISMAS CONTINGENCIAS DE REFORZAMIENTO QUE MANEJAN A LAS RESPUESTAS ABIERTAS (PÚBLICAMENTE OBSERVABLES) Y POR LO TANTO SE PUEDEN USAR ESTRATEGIAS DE CAMBIO CONDUCTUAL CON EllAS. (HOMME 1965).

LA TERAPIA DE CONTROL CUBIERTO CONSISTIRÍA ENTONCES EN MODIFICAR LA CONDUCTA DESADAPTADA, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS SOBRE CONDUCTAS CUBIERTAS PARTICULARES. (HOMME 1965).

EL PROGRAMA GENERAL DE TRATAMIENTO DE LA TERAPIA DE CONTROL CUBIERTO TAL Y COMO LA DESCRIBE DANAHER (1976, PÁGINA 118), CONSISTE EN QUE "EL SUJETO PIEN- SE EN DOS AUTO-INSTRUCCIONES CUBIERTAS LLAMADAS 'PROPOSICIONES CUBIERTAS'. LA PRIMERA SE CENTRA EN LOS ASPECTOS AVERSIVOS DE LA CONDUCTA PROBLEMA EXCESIVA Y SUELE LLAMARSE "LA PROPOSICIÓN CONTRA - C P", LA SEGUNDA PROPOSICIÓN SE CENTRA EN LOS --

CAMBIOS POSITIVOS QUE AUMENTARÍAN DE LA REDUCCIÓN DE C P Y SON LLAMADOS "PROPOSICIÓN PRO-NO C P".

ESTAS PROPOSICIONES CUBIERTAS SON INICIADAS SOBRE SEÑALES PRE-ARREGLADAS Y SON CONCLUÍDAS POR AUTO-REFORZAMIENTOS".

ESQUEMÁTICAMENTE EL TRATAMIENTO GENERAL QUEDARÍA REPRESENTADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

SEÑAL	PROPOSICIÓN	PROPOSICIÓN	AUTO-REFORZAMIENTO
(INTERNA O EXTERNA)	CONTRA-CP	PRO-NO-CP	

PROPOSICIONES
CUBIERTAS

EL PROPÓSITO DE USAR ESTA ESTRATEGIA ES INTERFERIR EN LA DISPOSICIÓN PREVALECIENTE DEL SUJETO A REALIZAR UN EXCESO CONDUCTUAL EN BASE A INTRODUCIR - AUTO-PROPOSICIONES QUE SON INCOMPATIBLES CON LA - CONDUCTA PROBLEMA. (DANAHER 1976).

UNA HISTORIA DE CASO REALIZADO POR DANAHER Y LICHTENSTEIN EN 1974, DESCRITO EN DANAHER (1976) DEMUESTRA LA APLICACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS DE ESTE PROCEDIMIENTO, Y QUE SEÑALO A CONTINUACIÓN: A UN SUJETO DE 24 AÑOS SE LE APLICÓ EL MÉTODO SIGUIENTE:

10. EN LA SESIÓN INTRODUCTORIA LLENÓ UNOS CUESTIONARIOS DE INFORMACIÓN Y FIRMÓ UN CONTRATO CONDUCTUAL EN DONDE SE COMPROMETÍA A OBSERVAR SU CONDUCTA DE FUMAR Y A SOMETERSE A CUATRO

SEMANAR DE TRATAMIENTO (LA OBSERVACIÓN DE SU CONDUCTA ERA EN TÉRMINOS DE TIEMPO Y FECHA, Y EN RELACIÓN A LAS URGENCIAS QUE TUVIERA DE CONSUMIR CIGARROS, QUE SE EVALUABAN DE 1 A 5 PUNTOS, SIENDO EL MÁXIMO DE URGENCIA 5 PUNTOS) EL SUJETO TUVO QUE DAR 10 DÓLARES DE DEPÓSITO DE LOS CUALES 8 ERAN RECUPERABLES AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

20. AUTO-OBSERVACIÓN:- EL SUJETO REGISTRABA SU CONSUMO DE CIGARROS Y SUS URGENCIAS DE CIGARRO, EN UNA LIBRETA QUE LLEVABA TODO EL TIEMPO. ESTABLECIÉNDOSE LA REGLA DE QUE TODOS LOS CIGARROS TENÍAN QUE SER FUMADOS EN RESPUESTA A URGENCIAS (NO SE PERMITÍA EL CONSUMO "AUTOMÁTICO" DE CIGARROS). LA LÍNEA BASE SE TOMÓ DURANTE UNA SEMANA Y SE LE PREVINO AL SUJETO DE QUE FUMARA COMO ACOSTUMBRABA HACERLO SIEMPRE.

30. TRATAMIENTOS:- REPRESENTÁNDOLO ESQUEMÁTICAMENTE SERÍA ASÍ:

URGENCIA	_	PENSAMIENTO	_	PENSAMIENTO	_	AUTO
DE CIGARRO		ANTI-FUMADOR		PRO-NO FUMADOR		REFORZAMIENTO
				DOR		

PROPOSICIONES

CUBIERTAS

AUTOMONITOREO DE LA CONDUCTA DE FUMAR

ROZENSKY (1974) COMPARÓ EL EFECTO DE DOS CONDICIONES DE AUTOREGISTRO SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR (REGISTRO ESCRITO DE CADA CIGARRO ANTES DE FUMARLO Y REGISTRO ESCRITO DE CADA CIGARRO DESPUÉS DE FUMARLO).

LA INTRODUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOMONITOREO PREVIÓ AL CONSUMO DE CIGARROS ELIMINÓ COMPLETAMENTE LA CONDUCTA DE FUMAR EN UNA MUJER DE 49 AÑOS, SIN EMBARGO SE NECESITA MÁS INVESTIGACIÓN CONTROLADA SOBRE EL EFECTO DE ESTE TIPO DE VARIABLES, YA QUE UNA VEZ MÁS ENCONTRAMOS UN CASO POCO TÍPICO DE LO QUE SUCEDE GENERALMENTE, AUNQUE LA EVIDENCIA SUGIERE QUE EL PREMONITOREO PUEDE SER UNA CONDICIÓN IMPORTANTE PARA AYUDAR AL SUJETO A REDUCIR SU CONSUMO DE CIGARROS.

FREDERIKSEN Y COL. (1975) SUPONIENDO QUE UNA DE LAS VARIABLES IMPORTANTES EN EL AUTOMONITOREO PODRÍA SER EL PROGRAMA DE MONITOREO, ESTUDIARON TRES CONDICIONES DE AUTOREGISTRO EN 36 SUJETOS EN TOTAL: LA PRIMERA CONSISTÍA EN REGISTRO CONTÍNUO (EN LA QUE EL SUJETO REGISTRABA EL TIEMPO EN QUE EMPEZABA A FUMAR CADA CIGARRO, DURANTE EL DÍA), LA SEGUNDA FUÉ DE REGISTRO DIARIO (AQUÍ SE LES PIDIÓ A LOS SUJETOS QUE REGISTRARAN EL NÚMERO TOTAL DE CIGARROS FUMADOS EN UN DÍA DETERMINADO Y EL TOTAL DE CADA DÍA SE APUNTABA AL FINAL DE ÉSTE EN LA NOCHE) Y UNA TERCERA CONDICIÓN FUÉ LA DE REGISTRO SEMANARIO (BAJO ESTA CONDICIÓN SE LES HABLABA A LOS SUJETOS POR TELÉFONO UNA

VEZ A LA SEMANA Y SE LES PEDÍA QUE REPORTARÁN EL PROMEDIO DIARIO DE CIGARROS FUMADOS DURANTE LA SEMANA ANTERIOR). LA COMPARACIÓN DE REGISTROS DURÓ CINCO SEMANAS.

LOS RESULTADOS INDICARON QUE LA CONDICIÓN DE REGISTRO CONTÍNUO ARROJÓ LA MAYOR REDUCCIÓN DE FUMAR REPORTADA, EN COMPARACIÓN A LOS PROCEDIMIENTOS INTERMITENTES, DIFERENCIA QUE SÓLO EMPEZÓ A SER ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA - - (P 0.05) HASTA LA TERCERA SEMANA DE TRATAMIENTO. SIN EMBARGO NO HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS EN BASE A UN SEGUIMIENTO DE SEIS MESES.

AUTOCASTIGO DE LA CONDUCTA DE FUMAR:

EL AUTOCASTIGO REPRESENTA UNA FORMA DE PROGRAMACIÓN CONDUCTUAL MAHONEY Y THORESEN (1974). EN EL AUTOCASTIGO POSITIVO, EL SUJETO SE QUITA ALGÚN ESTÍMULO POSITIVO DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE UNA CONDUCTA INDESEABLE.

AXELROD, HALL, WEIS Y ROHRER (1971) REPORTARON DOS ESTUDIOS DE CASO EN LOS QUE SE EMPLEÓ LA TÉCNICA DE AUTOCASTIGO POSITIVO, CON EL OBJETO DE CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR. EN AMBOS ESTUDIOS LA CONDUCTA INDESEABLE SE -- DEFINIÓ COMO EL FUMAR CIGARRO. EN EL PRIMER SUJETO, EL CASTIGO CONSISTIÓ EN ROMPER UN BILLETE DE A DÓLAR POR CADA CIGARRO QUE SE FUMARA, NO HUBO LÍMITE, Y EN ESTE SEGUNDO CASO SE INTRODUCIÓ TAMBIÉN LA ESTRATEGIA ADICIONAL -- DE NO COMPRAR CIGARROS, SIENDO ESTA UNA FORMA DE PLANEACIÓN MEDIOAMBIENTAL (LIMITAR LAS RESPUESTAS DISPONIBLES -- ANTES DE QUE OCURRAN). MAHONEY Y THORESEN (1974).



EL SUJETO DEL PRIMER ESTUDIO SE AUTOIMPUSO UN PROCEDIMIENTO DE COSTO DE RESPUESTA EN EL CUAL ERA REQUERIDO QUE ROMPIERA UN BILLETE DE DÓLAR CADA VEZ QUE FUMARA MÁS DE 15 CIGARROS AL DÍA, EL CRITERIO DE 15 CIGARROS ESTUVO EN EFECTO POR CINCO DÍAS Y DESPUÉS SE BAJÓ A 14 CIGARROS TAMBIÉN DURANTE CINCO DÍAS Y ASÍ SUCESIVAMENTE (SU CONSUMO ANTES DEL TRATAMIENTO ERA DE 16.6 CIGARROS POR DÍA). LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE EL SUJETO NUNCA EXCEDIÓ EL CRITERIO MÁXIMO, Y POR LO TANTO NO HUBO UNA SOLA INSTANCIA DE AUTOCASTIGO, Y DESPUÉS DE QUE LA CONTINGENCIA DE COSTO DE RESPUESTA CUMPLIÓ EN EFECTO 50 DÍAS, EL SUJETO CESÓ COMPLETAMENTE DE FUMAR, Y EN SUCESIVOS CHEQUES POSTERIORES HASTA DOS AÑOS DESPUÉS, EL SUJETO CONTINUABA SIN HACERLO.

EN EL TRATAMIENTO SE CONSIDERARON TRES ASPECTOS PRINCIPALMENTE:

10.) DEFINICIÓN DE LAS DOS PROPOSICIONES CUBIERTAS, QUE FUERON DEFINIDAS COMO PENSAMIENTOS ANTI-FUMADORES (REFLEJANDO LOS ASPECTOS AVERSIVOS DE FUMAR QUE HABÍAN IMPULSADO EL INTERÉS DEL SUJETO EN DEJAR EL CIGARRO, Y QUE ESTE SE ENCARGÓ DE LABORAR), Y PENSAMIENTOS PRO-NO FUMADORES (QUE SE DEFINIERON COMO LO OPUESTO A LOS PENSAMIENTOS ANTERIORES, REFLEJANDO EN SU CONTENIDO LOS BENEFICIOS O MEJORAS QUE TENDRÍA UNA VEZ QUE HUBIESE CESADO DE FUMAR EL SUJETO ELABORÓ CUATRO DE ÉSTOS).

LA MANERA EXACTA EN QUE ESTOS PENSAMIENTOS DE-

BÍAN EXAMINARSE, SE ESPECIFICÓ CLARAMENTE EN EL INSTRUCTIVO DEL PROCEDIMIENTO (POR EJEMPLO: SE LE PEDÍA AL SUJETO NO SOLAMENTE RECITAR LAS RAZONES SINO SENTIR ALGUNA CLASE DE REACCIÓN EMOCIONAL).

20.) DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE AUTO-REFORZAMIENTO;

EL AUTO-REFORZAMIENTO DEBE HACERSE CONTINGENTE SOBRE SU RECUERDO DE EMITIR LAS PROPOSICIONES CUBIERTAS EN LA SEÑAL. (EL REFORZAMIENTO OCURRÍA EN DOS MOMENTOS DIFERENTES, UNO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA P C Y - ALGUNOS REFORZADORES RETRASADOS, AL FINAL DEL DÍA).

30.) REGISTROS DE LAS PROPOSICIONES CUBIERTAS; EL SUJETO TENÍA QUE MANTENER REGISTROS DE LAS VECES Y DÍAS EN QUE EXAMINABA SUS PROPOSICIONES CUBIERTAS, DEL NÚMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS Y DE LA INTENSIDAD DE LA URGENCIA EXPERIMENTADA. ADICIONALMENTE SE LE DIJO AL SUJETO QUE HICIERA TODO EL ESFUERZO POSIBLE PARA TRATAR DE DEJAR DE FUMAR.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE ESTE -- TRATAMIENTO, MOSTRARON QUE EL SUJETO DE UN CONSUMO BASE DE 24.29 CIGARROS POR DÍA, BAJÓ A UN CONSUMO DE 0 CIGARROS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA SEMANA DEL TRATAMIENTO, Y ESTA REDUCCIÓN SE MANTUVO EN UNO, OCHO Y DIECIOCHO MESES DE SEGUIMIENTO.

A PESAR DE LO IMPACTANTE DE ESTOS RESULTADOS, SON POCO TÍPICOS EN RELACIÓN A LO QUE SUCEDE EN LA MAYORÍA DE - LOS CASOS Y PARA TENER DATOS CONCLUYENTES ES INDISPENSABLE

MAYOR EVIDENCIA EMPÍRICA CONTROLADA.

ESTOS RESULTADOS INDICAN QUE EL AUTO-CASTIGO ANTICIPADO PUDO HABER SIDO OPERATIVO, AUNQUE EL AUTO-MONITOREO Y LA FIJACIÓN GRADUAL DE RESULTADOS, PUDIERON HABER CONTADO, EN PARTE POR EL ÉXITO (MAHONEY Y THORESEN, 1974). EN ESTE ESTUDIO SE UTILIZÓ UN DISEÑO DE CRITERIO CAMBIANTE (CASTRO 1975), NO SE REPRESENTA, POR LO TANTO ALGUNA REVERSIÓN O LÍNEA BASE MÚLTIPLE, Y EN ESTE TIPO DE DISEÑOS SE ARGUYE LA POSIBILIDAD DE EXISTENCIA DE CONTROL EXPERIMENTAL CUANDO LA CONDUCTA VA CAMBIANDO DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO EN EL DISEÑO.

DISCUSION

ANALIZANDO LA INFORMACIÓN REPORTADA, ES CONVENIENTE DESDE MI PUNTO DE VISTA, ENFATIZAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- 10)- LOS ESTUDIOS SOBRE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO SOBRE EL CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS, HAN EVOLUCIONADO RESPECTO AL CONTROL DE LAS VARIABLES QUE SE PRETENDEN MANIPULAR Y EVALUAR, DESDE UN INICIO CARACTERÍSTICO DE AUSENCIA DE DISEÑOS MÍNIMAMENTE ADECUADOS (POR EJEMPLO AUSENCIA DE GRUPOS CONTROL) (BERNSTEIN 1970), A INVESTIGACIÓN MÁS SOFISTICADA Y DISEÑOS MEJOR CONTROLADOS (POR EJEMPLO: PROCEDIMIENTOS DE LÍNEA BASE, SEGUIMIENTO, NO MEZCLAR VARIAS VARIABLES INDEPENDIENTES SIMULTÁNEAMENTE). (LANDO 1975).
- 20)- SI BIEN EXISTE CONTROL MÁS CUIDADOSO EN LOS ESTUDIOS, LAS ALTAS TASAS DE REINCIDENCIA ENCONTRADAS, NOS HACE PENSAR QUE ES POCO REALISTA ESPERAR QUE UNA INTERVENCIÓN DE CORTO PLAZO SOBRE UNA CONDUCTA TAN BIEN ESTABLECIDA COMO LA CONDUCTA DE FUMAR, TENGA EFECTOS DURADEROS Y SEA NECESARIO BUSCAR OTRAS ALTERNATIVAS. POR EJEMPLO PUEDE SER NECESARIO IDENTIFICAR MÉTODOS DE AUTO-CONTROL SOBRE EL FUMAR, QUE SEAN EFECTIVOS UNA VEZ QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO HAN SIDO DESCONTINUADOS.

- 30)- LOS RESULTADOS REPORTADOS POR (RUSSELL Y COL. 1976; Y LANDO 1975), NOS PERMITEN SUPONER QUE LA RESPUESTA CLÍNICA A LA TERAPIA AVERSIVA, NO ES ESPECÍFICA Y POR LO TANTO, SE PUEDE ATRIBUIR A FACTORES PSICOLÓGICOS Y PROCESOS COGNITIVOS NO ESPECIFICADOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA SITUACIÓN CLÍNICA Y QUE INFLUYEN Y -- CONTRIBUYEN BASTANTE AL RESULTADO TERAPÉUTICO.
- 40)- LOS ESTUDIOS Y APLICACIONES CLÍNICAS EN GENERAL, HAN SIDO METODOLÓGICAMENTE DÉBILES, SIN EMBARGO, ESTO NOS PERMITE CONSIDERAR A LA CLÍNICA DEL CIGARRO COMO UN INSTRUMENTO INÚTIL, AUNQUE ES INDISPENSABLE QUE -- SUS APLICACIONES ESTÉN MEJOR PROGRAMADAS Y DISEÑADAS.
- 50)- LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE FUMAR SE PUEDEN PROPONER COMO OBJETIVOS FINALES, PRIMERO, LA TOTAL ABSTENCIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR Y/O LA REDUCCIÓN DEL FUMAR EN UN NIVEL DE SEGURIDAD. HUNT Y BESPALC (1974), AUNQUE EN ESTE ÚLTIMO CASO EL MANTENIMIENTO DE LA REDUCCIÓN PUEDE SER MUY DIFÍCIL DE IMPLEMENTAR. (FLAXMAN --1976).
- 60)- LA CONDUCTA DE FUMAR ES UN PROBLEMA COMPLEJO Y MULTIVARIADO, HUNT Y BESPALC (1974), HUNT Y MATARAZZO -- (1970), HUNT Y MATARAZZO (1973), EN LA QUE POSIBLE-- MENTE CADA INVESTIGADOR HA MANIPULADO SOLO ALGUNOS -- FACTORES DE ÉSTE, PERO NADIE HA SOMETIDO BAJO CONTROL TODAS LAS VARIABLES RELEVANTES. ESTA AFIRMACIÓN SE BASA EN LA ALTA REINCIDENCIA DE LOS ESTUDIOS REVIS-

DOS Y A LA SIMILITUD DE EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE DIVERSOS TRATAMIENTOS. EN ESTE SENTIDO, LAS TÉCNICAS DE AUTOCONTROL, PUEDEN SER MUY ÚTILES.

- 70)- PARECE POSIBLE MODIFICAR LA CONDUCTA DE FUMAR CON ALGÚN GRADO DE ÉXITO, SIN EMBARGO EXISTEN DOS VARIABLES QUE ATENUAN LA VALIDEZ DE LAS TASAS DE EFECTIVIDAD REPORTADAS, COMO SON LA PRESELECCIÓN DE SUJETOS Y LA VARIABLE EMOTIVACIONAL (POR EJEMPLO: SÓLO AQUÉLLOS QUE DESEAN DEJAR EL CIGARRO ENTRAN AL TRATAMIENTO).
- 80)- LOS RESULTADOS SOBRE LA LEGISLACIÓN DEL FUMAR (AVISOS EN LOS PAQUETES DE CIGARROS), LAS CAMPAÑAS ANTI-CIGARRO Y LAS CLÍNICAS QUE EMPLEAN MEDICAMENTOS, HAN SIDO MUY POBRES Y NO SE LES HA NOTADO ALGUNA UTILIDAD EN LA REDUCCIÓN MANTENIDA DEL FUMAR.
- 90)- ES IMPORTANTE INVESTIGAR EL EFECTO DE VARIABLES ESPECÍFICAS DEL AUTOCONTROL (POR EJEMPLO: AUTOMONITOREO, AUTOCASTIGO Y AUTOREFORZAMIENTO) SOBRE EL CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR, YA QUE PUEDEN SER UTILIZADAS COMO ALTERNATIVAS EFICACES Y/O COMPLEMENTO DE OTRAS TÉCNICAS QUE LOGRAN ALGÚN EFECTO EN ALTERAR POSITIVAMENTE LA CONDUCTA DEL FUMADOR.

PROBLEMAS DEL CONTROL DE FUMAR

EN LA EXTENSA REVISIÓN QUE HACE BERNSTEIN (1970) SE IDENTIFICAN UNA SERIE DE PROBLEMAS DE DISEÑO Y CONTROL EN LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS HECHOS PARA CONTROLAR LA CONDUCTA DE FUMAR, QUE ME PROPONGO ENUMERAR A CONTINUACIÓN:

10.) A JUZGAR POR LOS ESTUDIOS DE MUCHOS INVESTIGADORES, PODEMOS CONCLUIR QUE ESTABAN MAL INFORMADOS EN RELACIÓN A ESTÁNDARES METODOLÓGICOS MÍNIMOS, POR EJEMPLO: ESTO SE VE DEMOSTRADO POR LA FALTA DE GRUPOS CONTROL, LA MANIPULACIÓN SIMULTÁNEA DE MÁS DE UNA VARIABLE INDEPENDIENTE EN LA MISMA CONDICIÓN (POR EJEMPLO HUBO CASOS EN LOS QUE LOS SUJETOS RECIBIERON HIPNOTERAPIA Y/O MEDICAMENTOS, ADEMÁS DE CONSEJO INDIVIDUAL), FALLAS EN IGUALAR A LOS GRUPOS RESPECTO A VARIABLES DE TIPO AMBIENTAL Y DE TAREA QUE PODRÍAN SER IMPORTANTES, TALES COMO EL TIEMPO DEL TRATAMIENTO O LA FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONTACTO CON EL EXPERIMENTADOR Y LA FALTA DE CONTROL SOBRE OTRAS VARIABLES DEL EXPERIMENTADOR.

EN OTROS CASOS, LOS EXPERIMENTADORES NO HAN ESTADO COMPLETAMENTE CRUZADOS CON LOS TRATAMIENTOS Y SÓLO EN UN CASO SE INTENTÓ CONTROLAR LOS EFECTOS DE TENSIÓN EN EL EXPERIMENTADOR. (BERNSTEIN 1970).

20.) OTROS INVESTIGADORES SI PARECEN NOTAR LA NECESIDAD

DE CONTROL EN EL DISEÑO DE LOS ESTUDIOS PERO NO LOS INCORPORAN ADECUADAMENTE EN SUS PROYECTOS. ASÍ POR EJEMPLO, UN "GRUPO CONTROL DE NO TRATAMIENTO" SE -- HACE CON AQUELLOS INDIVIDUOS QUE NO HAN SIDO VOLUNTARIOS PARA EL TRATAMIENTO, O NO SE REGISTRAN DATOS DE BASE ANTES DE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

30.) OTROS INVESTIGADORES SE TIENEN QUE AJUSTAR A LIMITACIONES IMPUESTAS POR LAS METAS QUE PERSIGUEN. ES DECIR, SON LOS CASOS DE INVESTIGADORES QUE LLEVAN A CABO PROYECTOS LOS CUALES NO SON EXPERIMENTOS Y SUS ESFUERZOS COMÚNMENTE INCLUYEN PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS CUYA META ES TOMAR A ALGÚN GRUPO DE FUMADORES Y POR ALGÚN MEDIO, HACERLOS NO-FUMADORES. AUNQUE ESTA META ES DIGNA DE TOMARSE EN CUENTA, LOS REPORTE PRESENTADOS DE LOS INTENTOS HECHOS PARA ELLO, GENERALMENTE HAN MOSTRADO TAN POCO CONTROL QUE PUEDEN SERVIR SOLAMENTE PARA PROVEER HIPÓTESIS DIGNAS DE SER INVESTIGADAS PERO NO PARA VALIDAR LOS PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS.

EL FRACASO EN HACER ESTA DISTINCIÓN HA RESULTADO EN LA PROLIFERACIÓN DE MÁS Y MÁS CLÍNICAS CUYOS MÉTODOS SON COPIAS DE AQUELLOS REPORTADOS EN LA LITERATURA, O UNA AMALGAMA DE VARIAS TÉCNICAS PARCIALMENTE EXISTOSAS.

ESTE TIPO DE ACTIVIDAD CLÍNICA NOS DICE MUY POCO O NADA ACERCA DE LA CONDUCTA DE FUMAR O LOS MEDIOS --

POR LOS CUALES PUEDE SER CONFIABLEMENTE MODIFICADA. POR LO TANTO, A EXCEPCIÓN DE AQUELLOS FUMADORES QUE SON AYUDADOS, LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS REPORTADOS, REPRESENTAN UNA GRAN CANTIDAD DE PÉRDIDA DE TIEMPO Y ESFUERZO. (BERNSTEIN 1970).

40.) SUGIRIENDO VARIAS CONDICIONES DE CONTROL QUE DEBERÍAN SER INCLUIDAS EN INVESTIGACIONES FUTURAS, SEÑALA QUE: DEBIDO A QUE LA MERA PARTICIPACIÓN EN UN EXPERIMENTO SOBRE CIGARRO PUEDE PROFUNDAMENTE AFECTAR A LA CONDUCTA PROBLEMA, SE PODRÍA ESTABLECER LO SIGUIENTES:

A) UN GRUPO DE SUJETOS ENTERAMENTE ACEPTABLES EN -- TÉRMINOS DE LOS CRITERIOS DEL EXPERIMENTADOR, SE LES PODRÍA DECIR QUE SON DE HECHO, INACEPTABLES PARA EL TRATAMIENTO Y PODRÍAN SER CONTACTADOS SUBSECUENTEMENTE EN EL TIEMPO CORRESPONDIENTE A LOS OTROS GRUPOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO.

B) DEBIDO A QUE SE PUEDE ARGÜIR QUE LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA DEBE HACERSE, NO SOLO EN RELACIÓN AL GRUPO DE "NO TRATAMIENTO", SINO TAMBIÉN RELATIVA A LOS ESFUERZOS PROPIOS DEL FUMADOR PARA ABANDONAR EL CIGARRO Y QUE POR LO TANTO, TAMBIÉN PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS, ES NECESARIO CONTROLAR -- ESOS ESFUERZOS, PARA ELLO A UN "GRUPO CONTROL ESFUERZO" PODRÍA DECÍRSELE QUE AUNQUE SON SUJETOS

ACEPTABLES PARA EL TRATAMIENTO, SE REQUIERE DE --
 ELLOS QUE ESPEREN (POR UN PERÍODO CUBIERTO CORRES-
 PONDIENTE AL QUE SE EFECTÚA POR EL TRATAMIENTO DE
 LOS SUJETOS EXPERIMENTALES), HASTA QUE ESTÉ DISPO-
 NIBLES. ADEMÁS SE LES PODRÍA DECIR QUE TRATARÁN
 DE DEJAR EL CIGARRO POR SU CUENTA DURANTE ESTE PE-
 RÍODO DE ESPERA.

- c) DEBIDO A LA EXPECTANCIA QUE EL SUJETO PUEDE TENER
 DE QUE VA A SER AYUDADO POR EL TRATAMIENTO, DES--
 PUÉS DE QUE HA HECHO ESFUERZOS INDEPENDIENTES, PO-
 CO EXITOSOS, PODRÍA TENER PROBABLEMENTE UN EFECTO
 SOBRE SU ESFUERZO, SE HACE DESEABLE OTRO CONTROL.
 EN ESTA CONDICIÓN PARA EL CONTROL DE LA "EXPECTAN-
 CIA", SE LES PEDIRÍA A LOS SUJETOS QUE DEJARAN DE
 FUMAR POR ELLOS MISMOS, PERO SIN PROMESA DE AYUDA
 POSTERIOR.

ESTO PUEDE HACERSE INFORMANDO A LOS SUJETOS QUE -
 LA DETERMINACIÓN ES LA CLAVE PARA DEJAR EL CIGA-
 RRO Y QUE NADIE MÁS PUEDE AYUDARLOS EN ESTE INTEN-
 TO.

- d) UNA CONDICIÓN SUMAMENTE IMPORTANTE QUE DEBE CON-
 TROLARSE, ES LA DE "ATENCIÓN PLACEBO", SEGÚN LA
 CUAL SE PROPORCIONA EL MISMO GRADO DE CONTACTO -
 TERAPEÚTICO, ATENCIÓN E INTERÉS PRESENTES EN LA
 CONDICIÓN DE TRATAMIENTO EXPERIMENTAL Y AL MISMO
 TIEMPO, SE EXCLUYEN LOS PROCEDIMIENTOS DEL TRATA-
 MIENTO "ACTIVO". ASÍ SE PUEDE DETERMINAR EL GRA-
 DO DE CAMBIO CONDUCTUAL DEBIDO A EFECTOS NO ESPE-

DÍFICIL DEL TRATAMIENTO, TALES COMO LA EXPECTAN-
CIA DE MEJORÍA, RELACIÓN TERAPÉUTICA, SUGESTIÓN
Y FÉ." ESTE TIPO DE CONTROL SE HA IGNORADO PRIN-
CIPALMENTE EN LAS INVESTIGACIONES QUE NO UTILIZAN
DROGAS. (BERNSTEIN 1970)

LA CARENCIA DE ESTE TIPO DE CONTROL, PARA BERNSTEIN
PUEDE SER DE LO MÁS DAÑINO PARA EL SIGNIFICADO DE
LOS DATOS REPORTADOS, QUE SI REALIZAMOS VARIOS ERRO-
RES METODOLÓGICOS JUNTOS.

BERNSTEIN SEÑALA TAMBIÉN QUE EXISTE UNA GRAN CANTI-
DAD DE DATOS DISPONIBLES QUE INDICAN QUE UN TRATA-
MIENTO "PLACEBO" PUEDE SER TAN EFECTIVO COMO LOS --
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS, EN LA MODIFICACIÓN DE LA
CONDUCTA DE FUMAR.

LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS QUE FRACASAN EN MOSTRAR
ALGUNA SUPERIORIDAD SOBRE LA VARIABLE "SUGESTIÓN",
DEBEN IDENTIFICARSE CON EL OBJETO DE MODIFICARSE
O ABANDONARSE ANTES DE QUE SE DESPERDICIE GRAN --
CANTIDAD DE TIEMPO Y DINERO. (BERNSTEIN 1970).

E) ES IMPORTANTE TAMBIÉN EVITAR LA MANIPULACIÓN SI-
MILTÁNEA DE MÁS DE UNA VARIABLES INDEPENDIENTES
DENTRO DE LA MISMA CONDICIÓN DE TRATAMIENTO.

F) ES INDISPENSABLE QUE SE TENGA UNA INFORMACIÓN ADE-
CUADA EN RELACIÓN A LA CONDUCTA DE FUMAR DE LOS -
SUJETOS, ANTES, DURANTE Y SIGUIENDO A SU PARTICI-
PACIÓN EN EL EXPERIMENTO. ESTO REQUERIRÍA LA EVA-
LUACIÓN DE LA LÍNEA BASE DE LA CONDUCTA DE FUMAR

DE LOS SUJETOS, POR LO MENOS CON UNA SEMANA DE ANTICIPACIÓN A LA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO, UNA EVALUACIÓN CONTINUADA A TRAVÉS DEL TRATAMIENTO, -- (A EXCEPCIÓN DE LOS CONTROLES DE NO CONTACTO) Y UN CONTACTO SISTEMÁTICO DE SEGUIMIENTO.

g) EN MUCHOS ESTUDIOS, LOS DATOS AUTO-REPORTADOS SE COMPLEMENTAN CON UN SISTEMA DE MONITOREO, EL CUAL REQUIERE QUE CADA SUJETO MANTENGA UN REGISTRO DE CADA CIGARRO QUE FUMA, SIN EMBARGO --SEÑALA BERNSTEIN-- LA INSTITUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO NO GARANTIZA LA EXACTITUD EN SÍ MISMA. POR LO TANTO, LA UTILIZACIÓN DE ESTOS PROCEDIMIENTOS PUEDE CRITICARSE EN BASE A QUE:

i) SIEMPRE ESTÁ LA POSIBILIDAD DE QUE LOS SUJETOS PUEDAN COMETER ERRORES CON INTENCIÓN O SIN -- ELLA DE HACERLOS.

ii) LA TÉCNICA DE MEDICIÓN ES REACTIVA, Y POR LO TANTO PUEDE AFECTAR LA CONDUCTA QUE SE PRETENDE EVALUAR. AUNQUE EN RELACIÓN A ESTE ASPECTO EXISTE EVIDENCIA DE QUE LOS REPORTES DE LOS FUMADORES PUEDAN SER MUY PRECISOS. (CURTIS Y COL. 1973), ESTO NO SIGNIFICA QUE CON ELLO -- PODAMOS ELIMINAR LA POSIBILIDAD DE FALSIFICACIÓN. TAMBIÉN RESPECTO AL PROBLEMA DE LA CONFIABILIDAD EN EL REGISTRO, (LANDO 1975) Y (LANDO 1976) HA INTENTADO UNA ALTERNATIVA QUE PRO-

ME TE SER INTERESANTE PARA REALIZAR UN CHEQUEO OBJETIVO SOBRE EL CONSUMO DE CIGARROS AUTO-REPORTADOS, Y POR LO TANTO ELIMINAR LA POSIBILIDAD DE QUE LOS DATOS PRESENTADOS DE LOS SUJETOS, AÚN COMPLEMENTADOS POR REPORTES DE INDIVIDUOS INFORMANTES, SEA SUCEPTIBLE DE FALSIFICACIÓN. (WAGNER Y BRAGG 1970 , KEUTZER Y COL. - 1968).

LA ALTERNATIVA CONSISTE EN USAR UNA PRUEBA DE MONÓXIDO DE CARBONO DEL ALIENTO. (LANDO 1975). LAS INVESTIGACIONES PARECEN INDICAR QUE EL NIVEL DE MONÓXIDO DE CARBONO DE UNA PERSONA QUE SE ABSTIENE DE FUMAR REGRESARÁ MUY RÁPIDAMENTE A SU NIVEL NORMAL. (LANDO 1976).

DADO ESTOS HALLAZGOS, LOS SUJETOS QUE REPORTAN ABSTINENCIA, DEBERÍAN PRESENTAR MUESTRAS DE ALIENTO QUE SON INDIFERENCIABLES DE LAS MUESTRAS PRESENTADAS POR LOS NO-FUMADORES Y LAS PERSONAS QUE FUMAN, DEBERÍAN INDICAR CONCENTRACIONES MAYORES DE MONÓXIDO DE CARBONO EN EL AIRE EXHALADO, EN RELACIÓN A LOS NO-FUMADORES. (LANDO 1976).

LANDO (1976) REALIZÓ UNA EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA TÉCNICA DE MONÓXIDO DE CARBONO, TOMÓ MUESTRAS DEL ALIENTO DOS MESES DESPUÉS DE QUE SE COMPLETÓ UN PROGRAMA ANTI-CIGARRO, PARA COMPARARLAS. LAS MUESTRAS POR UN LADO, FUERON DE

SUJETOS QUE INDICARON FUMAR CONTÍNUAMENTE Y POR EL OTRO, DE SUJETOS QUE REPORTABAN ABSTINENCIA. SE SELECCIONARON A 22 SUJETOS (12 QUE REPORTABAN ABSTINENCIA Y 8 QUE REPORTABAN CONSUMO DE CIGARRROS), AL AZAR, DE UNA MUESTRA MAYOR DE 44 SUJETOS QUE PARTICIPARON EN EL PROGRAMA, ENTONCES SE LES INSTUYÓ PARA QUE EXHALARAN FUERTEMENTE Y DESPUÉS RESPIRARAN PROFUNDAMENTE DURANTE 20 SEGUNDOS. EN ESTE PUNTO SE TOMABA LA MUESTRA DEL ALIENTO. - (LANDO 1976).

LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO INDICARON QUE NO HUBO SOBREPOSICIÓN ENTRE LOS NIVELES DE MONÓXIDO DE CARBONO DE LOS SUJETOS QUE REPORTARON ABSTINENCIA Y DE AQUELLOS QUE REPORTARON FUMAR CONTINUAMENTE. ESTOS RESULTADOS MUESTRAN CONCORDANCIA CON OTRO ESTUDIO. (LANDO 1975).

EL INVESTIGADOR, LANDO (1976), RECOMIENDA QUE EN INVESTIGACIONES FUTURAS, SE COMPLEMENTEN LOS DATOS AUTO-REPORTADOS CON MEDIDAS OBJETIVAS COMO LA DESCRITA. ES OBVIO QUE LA TÉCNICA DE MONÓXIDO DE CARBONO AMERITA MAYOR INVESTIGACIÓN POSTERIOR.

H) OTRO PROBLEMA QUE TAMBIÉN DEBE TOMARSE EN CONSIDERACIÓN, ES DE QUE LOS DATOS AUNQUE SEAN PRECISOS, SERÁN COLECTABLES. POR EJEMPLO: UN CONTACTO INCOMPLETO CON LOS SUJETOS DURANTE, Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, PUEDE PROVOCAR QUE TENGAMOS MUCHAS -

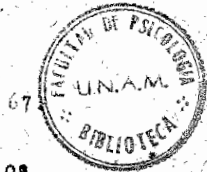
DIFICULTADES EN LA DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS EFECTOS EXPERIMENTALES. UNA TÉCNICA QUE SUELE EMPLEARSE PARA REDUCIR LA PROBABILIDAD DE PÉRDIDA DE SUJETOS DURANTE EL PERÍODO DE TRATAMIENTO REQUIERE QUE CADA SUJETO DEJE UN DEPÓSITO DE DINERO, MISMO QUE SE LE DEVOLVERÁ AL FINAL DEL TRATAMIENTO, SI SE DA EL CASO DE QUE EL SUJETO FALTE AL TRATAMIENTO, LE SERÁ REMOVIDA UNA CANTIDAD ACORDADA DE DINERO - DEL DEPÓSITO. (KEUTZER 1967, CURTIS Y COL. 1973, LANDO 1975, WAGNER 1971, CHAPMAN Y COL. 1971). SIN EMBARGO, ES PROBABLE QUE EN ALGUNOS CASOS Y EN ALGUNAS SITUACIONES, ESTE CONTROL NO PUEDA IMPLEMENTARSE FÁCILMENTE DEBIDO A LA "FALTA DE CONFIANZA", DE LOS CLIENTES RESPECTO AL FUTURO MANEJO DE SU DINERO UNA VEZ QUE LO DEPOSITARON.

- 1) FINALMENTE, SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LOS MEDIOS APROPIADOS PARA REPORTAR LOS DATOS OBTENIDOS; LAS DISCREPANCIAS QUE OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA PARECEN SER RESPECTO AL CÁLCULO DE LAS "TASAS DE ÉXITO", SERÍA CONVENIENTE QUE SE LOGRASE UNIFORMIDAD Y SE ESPECIFIQUEN LOS CRITERIOS DE ÉXITO DE UNA FORMA CLARA PARA EVITAR INCOMUNICACIONES. LAS DIFICULTADES HAN SURGIDO, POR EJEMPLO CUANDO ALGUNOS INVESTIGADORES REPORTAN LAS TASAS DE ÉXITO ENCONTRADAS EN BASE AL NÚMERO DE SUJETOS QUE COMIENZAN EL TRATAMIENTO MIENTRAS QUE OTROS CONSIDERAN SU

ANÁLISIS SÓLO EN BASE A AQUELLOS QUE COMPLETARON EL TRATAMIENTO. (BERNSTEIN 1970).

CINCO AÑOS DESPUÉS, LOS PROBLEMAS QUE SE PLANTEAN EN EL CONTROL DEL FUMAR SON DIFERENTES, (EPSTEIN 1975). REVISANDO VARIOS PROBLEMAS CENTRALES REFERENTES AL DISEÑO Y LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS SOBRE EL FUMAR, EPSTEIN ARGUMENTA LO SIGUIENTE:

- 1)- BASÁNDONOS EN LAS REVISIONES EXISTENTES SOBRE EL PROBLEMA DEL CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR, (BERNSTEIN 1970, KEUTZER Y COL. 1968) Y DE REPORTES POSTERIORES (HUNT Y BESPALCO 1974; HUNT Y MATARAZZO 1973), SE CONCLUYE QUE EL MANTENIMIENTO DE LAS REDUCCIONES O ABSTENCIONES DEL FUMAR LOGRADAS POR LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS, ASI COMO EL CONTROL CONFIABLE DE ESTA CONDUCTA PROBLEMA, HASTA LA FECHA NO SE HA DEMOSTRADO EMPÍRICAMENTE.
- 2)- LA VARIABLE DEPENDIENTE QUE SE HA USADO EN LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL FUMAR HA SIDO EL NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS POR DÍA, SIN EMBARGO DEBIDO A QUE LA TASA DE CONSUMO DIARIA ES DE ALGUNA MANERA DEPENDIENTE DEL NÚMERO DE HORAS DE VIGILIA, SE PODRÍA HACER UN ANÁLISIS MÁS FINO CALCULANDO LA TASA DE FUMAR POR CADA HORA.
- 3)- NO BASTA REGISTRAR LA TASA DE OCURRENCIA DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA PARA CONOCER ASPECTOS DE LA TOPOGRAFÍA DE LA RESPUESTA DE FUMAR, QUE PUEDEN SER IMPORTANTES,



O DE LAS RELACIONES FUNCIONALES ENTRE LOS ESTÍMULOS MEDIO-AMBIENTALES Y EL FUMAR. POR EJEMPLO ENTRE ALGUNOS FACTORES QUE PODRÍAN SER IMPORTANTES DE ANALIZAR EN RELACIÓN A ESTE PUNTO, INCLUIRÍAN EL TIPO DE CIGARRO FUMADO, EL NÚMERO, DURACIÓN Y PROFUNDIDAD DE CADA BOCANADA DADA AL CIGARRO, LOS ESTÍMULOS ESPECÍFICOS QUE PRECEDEN EL FUMAR Y EL NÚMERO Y TIPO DE CONDUCTAS CONCURRENTES QUE LA PERSONA SUELE REALIZAR MIENTRAS FUMA.

ES OBVIO QUE UN INDIVIDUO QUE FUMA UN CIGARRO DE UN NIVEL BAJO DE NICOTINA, A UNA VELOCIDAD MÍNIMA DE DIGAMOS 4 O CINCO BOCANADAS POR CADA CIGARRO, Y QUE MIENTRAS FUMA NO REALIZA NINGUNA OTRA ACTIVIDAD PUEDE SER MUY DIFERENTE A OTRO QUE FUMA CIGARROS SIN FILTRO Y QUE SIEMPRE REALIZA OTRAS ACTIVIDADES MIENTRAS FUMA (POR EJEMPLO LEER O ESCRIBIR), AÚN CUANDO EN AMBOS CASOS SE FUME MÁS DE 20 CIGARROS AL DÍA. ESTAS DIFERENCIAS DEBEN SER CONSIDERADAS EN LOS DISEÑOS DE TRATAMIENTO, YA QUE PUEDEN REFLEJAR DIFERENTES VARIABLES CONTROLADORAS, POR LO MENOS DEBERÍA CONSIDERARSE A LA GENTE QUE FUMA CON DIFERENTES TASAS AL DÍA.

4)- LOS ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS QUE ESTABLECEN LA OCASIÓN PARA EL FUMAR PUEDEN EJERCER UNA INFLUENCIA MUY SIGNIFICATIVA EN LA CONDUCTA A MODIFICAR. OBTENER INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS QUE PRECEDEN EL FUMAR, ES CRÍTICO PARA EL TERAPEUTA, YA QUE PUEDEN APLICARSE PROCEDIMIENTOS MUY DIFERENTES A AQUÉ-

LOS SUJETOS QUE FUMAN EN MUCHAS SITUACIONES DURANTE EL DÍA, POR UN LADO, Y AQUÉLLOS QUE FUMAN EN UNAS -- CUANTAS SITUACIONES CIRCUNSCRITAS, POR EL OTRO. ADEMÁS DE CONOCER EL NÚMERO DE ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS TAMBIÉN ES IMPORTANTE CONOCER EL GRADO DE CONTROL EJERCIDO POR CADA ESTÍMULO DISCRIMINATIVO, EN OTRAS PALABRAS, DURANTE QUÉ PORCENTAJE DE VEGES SE PRESENTA EL FUMAR EN RESPUESTA A UN CONJUNTO DE CONDICIONES DE ESTÍMULO ESPECIFICADO?, POR EJEMPLO, SI OBSERVAMOS QUE EL FUMAR OCURRE CADA VEZ QUE LA PERSONA ESTÁ VIENDO LA TELEVISIÓN, ENTONCES CONCLUIRÍAMOS QUE ESTE APARATO EJERCE UN 100% DE CONTROL DE ESTÍMULO SOBRE EL FUMAR.

TAMBIÉN PUEDE VARIAR LA NATURALEZA DE LOS ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS. ASÍ, ENCONTRAMOS QUE ALGUNOS INDIVIDUOS FUMAN EN SITUACIONES SOCIALES EN DONDE LOS ESTÍMULOS CONTROLADORES SON GENERALMENTE OBSERVABLES CON FACILIDAD, SIN EMBARGO OTROS SUJETOS PUEDEN REPORTAR QUE RESPONDEN A CLAVES INTERNAS QUE SON INOBSERVABLES COMO LAS "URGENCIAS" DE FUMAR.

RESUMIENDO LOS PUNTOS ANTERIORES, EL QUE PRECISEMOS LAS TÉCNICAS PARA LA MEDICIÓN DE FUMAR NOS PUEDE REDUNDAR EN INFORMACIÓN ÚTIL PARA LOGRAR CONTROLAR ESTA CONDUCTA Y SE PUEDEN INCLUIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES:

- A) FACTORES TOPOGRÁFICOS DEL FUMAR,
- B) LAS SITUACIONES DE ESTÍMULO QUE CONTROLAN EL FUMAR,

c)- LAS CONDUCTAS CONCURRENTES QUE SE PRESENTAN DURANTE EL FUMAR. (EPSTEIN 1975 ; HUNT Y MATARAZZO -1973).

5)- EL HECHO ENCONTRADO EN LAS REVISIONES DE QUE LOS TRATAMIENTOS PARA ELIMINAR EL FUMAR, HAN INDICADO QUE NUMEROSAS TÉCNICAS ALTERNATIVAS, SUELEN PRODUCIR RESULTADOS SIMILARES Y POCO EFECTIVOS, OBLIGA A EXAMINAR CON DETENIMIENTO LAS POSIBILIDADES DE INCLUIR EN LOS TRATAMIENTOS CONDICIONES COMO LAS QUE SIGUEN:

a)- LAS METAS PARA EL SUJETO Y EL EXPERIMENTADOR SE DEBEN ESPECIFICAR CON CLARIDAD, YA QUE ESTO ES DE PRINCIPAL IMPORTANCIA EN LA EVALUACIÓN. LAS METAS DE TRATAMIENTO PARA EL SUJETO, PUEDEN INCLUIR, YA SEA LA ELIMINACIÓN TOTAL MANTENIDA DEL FUMAR O LA REDUCCIÓN MANTENIDA EN UN NIVEL DE SEGURIDAD MÉDICA Y/O UN MEJORAMIENTO EN LA ADECUACIÓN FÍSICA. EN LA EVALUACIÓN DEL RESULTADO, EL INVESTIGADOR PUEDE ESTAR INTENTANDO (META DEL INVESTIGADOR), COMPARAR VARIAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO, O DESARROLLAR UN PAQUETE COMPRENSIVO QUE INCLUYA MUCHAS TÉCNICAS. DEBEN CONSIDERARSE TAMBIÉN, EN LA ELECCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS, ASPECTOS COMO LA TASA DE ABANDONO, COSTO DEL TRATAMIENTO Y EFECTOS MÚLTIPLES DEL MISMO.

PROBABLEMENTE LA CONDUCTA TERMINAL ÓPTIMA TENGA QUE SER EN ALGUNOS CASOS INDIVIDUALMENTE DETERMINADA, SOBRE TODO EN LAS SITUACIONES EN QUE LO ÚNI-

CO POSIBLE ES ESTABLECER UNA REDUCCIÓN EN EL FUMAR Y NO LOGRAR LA TOTAL ELIMINACIÓN, SE IDENTIFICARÍA A LOS SUJETOS QUE NO PUEDEN REDUCIR MÁS ALLÁ DE UN CIERTO NÚMERO DE CIGARROS, Y LA META PARA ELLOS SERÍA LA REDUCCIÓN.

UNA META QUE ES A MENUDO IGNORADA ES LA DEL MEJORAMIENTO EN LA ADECUACIÓN FÍSICA, PARTICULARMENTE DE LOS SISTEMAS RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULARES, ESTE OBJETIVO ES PRINCIPALMENTE IMPORTANTE POR DOS RAZONES:

- LA TERMINACIÓN DEL FUMAR PUEDE NO SER UNA CONDICIÓN SUFICIENTE PARA HACER QUE LAS RESPUESTAS FISIOLÓGICAS ANORMALES PRODUCIDAS POR EL CIGARRRO, VUELVAN A LA NORMALIDAD, SI ESTE ES EL CASO, LO RECOMENDABLE ES UNA INTERVENCIÓN DE EJERCICIO O MÉDICA, CON EL PROPÓSITO DE LOGRAR CAMBIOS POSITIVOS EN ASPECTOS TALES COMO: ANORMALIDADES PRESENTADAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA E HIPERTENSIÓN, QUE DICHO SEA DE PASO, SON FACTORES QUE SUELEN ESTAR ASOCIADOS CON EL FUMAR CRÓNICAMENTE, Y
- LA TERMINACIÓN DEL FUMAR PUEDE ESTAR LIGADA A EFECTOS DE ADECUACIÓN NEGATIVOS, COMO POR EJEMPLO, UN AUMENTO DE PESO. SI ALGÚN CASO SE ENCONTRARA QUE HAY INCREMENTOS CONSISTENTES DE PESO CORRELACIONADOS CON EL CONTROL DE FUMAR OBTEN-

Para discutir

NIDO, SE HARÍA ENTONCES NECESARIO ESTABLECER PROGRAMAS DE CONTROL DE PESO EN LAS CLÍNICAS ANTI-CIGARRO.

6)- BÁSICAMENTE EXISTEN DOS ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN: LA PRIMERA IMPÑICA LA COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS. POR EJEMPLO: SE PUEDEN COMPARAR LOS EFECTOS DE "ESTIMULACIÓN AVERSIVA (COMO UN CHOQUE ELÉCTRICO ADMINISTRADO CONTINGENTEMENTE A LA CONDUCTA DE FUMAR), CON LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO DE ENSEÑANZA EN HABILIDADES DE AUTO-CONTROL (LAS CUALES SUPUESTAMENTE INCREMENTAN LA HABILIDAD DE LOS SUJETOS PARA -- CONTROLAR EL FUMAR), SOBRE VARIOS GRUPOS O SUJETOS TOMADOS INDIVIDUALMENTE.

UNA SEGUNDA APROXIMACIÓN ALTERNATIVA CONSISTE EN COMBINAR MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS EN UN PAQUETE DE TRATAMIENTO. COMO LO SUGIEREN HUNT Y MATARAZZO (1973).

7)- LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS HAN COMPARADO TRATAMIENTOS Y SOLAMENTE SE HAN HECHO UNOS CUANTOS ESTUDIOS QUE HAN -- COMBINADO MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO. LA ADOPCIÓN DE ESTA ÚLTIMA ESTRATEGIA TENDRÍA COMO PRODUCTO FINAL DESEADO, EL DESARROLLO DE UNA TECNOLOGÍA PARA CONTROLAR EL FUMAR Y ES VALIOSO ESPECIALMENTE EN ESTE -- PROBLEMA, EL DESARROLLAR PAQUETES DE TRATAMIENTO EN LUGAR DE COMPARAR PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS.

ASÍ, UNA VEZ LOGRADA LA MODIFICACIÓN EXITOSA DEL FUMAR, LA INVESTIGACIÓN SUBSECUENTE PODRÍA IDENTIFICAR LAS VARIABLES CONTROLADORAS IMPORTANTES.

- 8)- EXISTEN OTRAS VARIABLES SUSCEPTIBLES DE MEDIRSE Y --
 DIGNAS DE TOMARSE EN CUENTA, EN QUE SE PRETENDEN CAM-
 BIOS SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR, LAS CUALES ESTÁN DI-
 RECTAMENTE RELACIONADAS CON LA UTILIDAD DE LA APROXI-
 MACIÓN DEL TRATAMIENTO, ESTAS INCLUYEN,
- A)- UN ANÁLISIS DE LA TASA DE ABANDONO (SE REFIERE EL
 PORCENTAJE DE CLIENTES QUE EMPIEZAN UN PROGRAMA -
 DE TRATAMIENTO, PERO QUE SALEN ANTES DE QUE TER-
 MINE),
 - B)- UN ANÁLISIS DE COSTO (QUE PUEDE DETERMINAR LA PRE-
 FERENCIA POR UN TRATAMIENTO CUANDO VARIOS TRATA-
 MIENTOS PRODUCEN EFECTOS EQUIVALENTES, Y
 - C)- LOS EFECTOS LATERALES (QUE SON CAMBIOS SISTEMÁTI-
 COS DE CONDUCTAS QUE NO SON PROBLEMAS TERAPÉUTICOS
 Y QUE SE MANIFIESTAN A LA PAR DEL PROBLEMA TERAPÉU-
 TICO).

RESPECTO AL INCISO A), EL AUTOR SEÑALA QUE LOS ABANDO-
 NOS NO HAN SIDO TRATADOS CON ÉXITO Y QUE DEBE CONSIDE-
 RARSE, EN RELACIÓN A ASPECTOS, TALES COMO LA AVERSIVI-
 DAD DE LOS TRATAMIENTOS O EN LAS DEMANDAS IMPUESTAS
 SOBRE EL CLIENTE EN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO, POR E-
 JEMPLO: (FREDERIKSEN Y COL. 1975).

LAS POSIBLES CAUSAS DE QUE EL SUJETO ABANDONE EL TRA-
 TAMIENTO PUEDEN SER LA REDUCCIÓN INICIAL LENTA, LOGRA-
 DA, O DEBIDO A MANEJOS DEFICIENTES DEL TERAPEUTA, QUE
 NO MANEJAN ADECUADAMENTE LOS ASPECTOS SIGNIFICATIVOS -

DEL TRATAMIENTO PARA LOS FUMADORES.

AÑADIENDO AL INCISO B), LA TERAPIA QUE ES MÁS EFICIENTE EN TÉRMINOS DE COSTO Y DURACIÓN, DEBE PREFERIRSE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CLIENTE.

UN GRUPO DE TRATAMIENTO QUE PRODUZCA RESULTADOS RÁPIDOS PROVEE LOS MAYORES EFECTOS DE TRATAMIENTO ENTRE UNIDAD DE TIEMPO EMPLEADOS POR EL TERAPEUTA.

EL ANÁLISIS DE COSTOS SE HACE PRINCIPALMENTE IMPORTANTE EN CASOS EN DONDE DIVERSOS RESULTADOS DE DIFERENTES TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS SON SIMILARES.

EN LOS CASOS EN QUE DOS TRATAMIENTOS PRODUCEN DIFERENTES RESULTADOS, NUESTRA CONSIDERACIÓN EVALUATIVA PRIMORDIAL SERÁ LA TASA DE MEJORAMIENTO (PORCENTAJE DE REDUCCIÓN O ABSTINENCIA AL TERMINARSE EL TRATAMIENTO Y SU PERMANENCIA DURANTE EL SEGUIMIENTO).

→ LA MEDICIÓN MÚLTIPLE (INCISO C), PERMITE QUE HAGAMOS UNA EVALUACIÓN MÁS COMPLETA DEL REPERTORIO CONDUCTUAL DEL INDIVIDUO QUE SI MIDIÉRAMOS UNA SOLA CONDUCTA PROBLEMA.

→ EN EL CASO DEL FUMADOR ES MUY IMPORTANTE EVALUAR LOS CAMBIOS EN LA CONDUCTA PROBLEMA, SIN EMBARGO TAMBIÉN LO ES EL MEDIR CONDUCTAS CONCURRENTES, (POR EJEMPLO: LA ADECUACIÓN FÍSICA), DE TAL FORMA QUE NOS PUEDAN INDICAR LOS EFECTOS DE LA TERAPIA EN OTRAS ÁREAS DE LA VIDA DEL CLIENTE.

LOS EFECTOS PUEDEN ORIENTARSE EN UNA DIRECCIÓN POSITI-

VA (POR EJEMPLO: UNA MEJORÍA EN LA SALUD, MAYOR PRODUCTIVIDAD EN EL TRABAJO, O UNA INCREMENTADA CONFIANZA EN LA HABILIDAD DEL CLIENTE PARA CONTROLAR SU CONDUCTA, - AHORRO DE DINERO, ETC.), O PUEDEN ORIENTARSE EN UNA DIRECCIÓN NEGATIVA, ES DECIR CAMBIOS EN LAS DIRECCIONES INDESEABLES (POR EJEMPLO: UN INCREMENTO IMPORTANTE EN EL PESO O LA ADQUISICIÓN DE OTRO HÁBITO QUE NO ES ADAPTATIVO COMO EL ALCOHOLISMO). SE PUEDE DAR EL CASO EN QUE DOS TRATAMIENTOS TENGAN EFECTOS SIMILARES, POR EJEMPLO: SI COMPARAMOS LOS PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS CON LOS PROGRAMAS DE AUTOCONTROL, SIN EMBARGO LOS EFECTOS LATERALES QUE PRODUCEN, PUEDEN SER MUY DIFERENTES (LOS PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS PUEDEN SUPRIMIR LA TASA DE FUMAR PERO LOS PROGRAMAS DE AUTO-CONTROL, ADEMÁS DE PRODUCIR UNA REDUCCIÓN SIMILAR, TAMBIÉN PUEDEN ENSEÑAR PRINCIPIOS DE AUTO-CONTROL QUE A FIN DE CUENTAS PUEDEN USARSE EN EL MANEJO DE OTRAS CONDUCTAS PROBLEMAS, POR EJEMPLO: STUART, 1969.

ASÍ, LOS EFECTOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO SERÍAN - ESPECÍFICOS PARA EL FUMAR, MIENTRAS QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE AUTO-CONTROL PUEDEN PRODUCIR CAMBIOS POSITIVOS - EN OTRAS CONDUCTAS. EN RESÚMEN, EL QUE NOSOTROS MIRMOS CONDUCTAS CONCURRENTES NOS PUEDE PERMITIR COMPARAR A DOS TRATAMIENTOS QUE PRODUZCAN EFECTOS SIMILARES SOBRE LA - CONDUCTA PROBLEMA, PERO QUE DEMUESTRAN SER CUALITATIVAMENTE DIFERENTES, GRACIAS A QUE HEMOS HECHO UNA EVALUA-

CIÓN MÁS COMPLETA DEL CLIENTE.

- 9)- EL MANTENIMIENTO DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO ES UNA VARIABLE MUY IMPORTANTE PARA EVALUAR AL TRATAMIENTO MISMO Y SE DEFINE TÍPICAMENTE COMO LA CONTINUACIÓN POSTERIOR DE LOS EFECTOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO A LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO. (EPSTEIN 1975).

PODEMOS APROXIMARNOS AL MANTENIMIENTO DESDE DOS ENFOQUES ALTERNATIVOS, POR UN LADO, EL MANTENIMIENTO SE PUEDE REFERIR A LA DURABILIDAD DE "GANANCIAS" DEL TRATAMIENTO QUE SIGUEN A LA TERMINACIÓN DEL CONTACTO TERAPÉUTICO, POR EL OTRO, EL MANTENIMIENTO INCLUIRÍA UNA EXTENSIÓN DE LA TERAPIA, EN DONDE SE INCREMENTAN GRADUALMENTE LOS INTERVALOS DE CONTACTO SUJETO-TERAPEUTA Y SE ENFATIZA LA CONTINUADA APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS. SIN EMBARGO, LAS ALTAS TASAS DE REINGIDENCIA VAN DIRECTAMENTE EN CONTRA DEL USO DE UN DETERMINADO TRATAMIENTO INDEPENDIENTEMENTE DE SI USAMOS UN MERO SEGUIMIENTO O UNA EXTENSIÓN DE LA TERAPIA.

ES IMPORTANTE DEFINIR LO QUE SE OBSERVA EN EL MANTENIMIENTO PARA NUESTRA EVALUACIÓN DE ÉSTE, POR EJEMPLO: SI "UPONEMOS ANTES DE APLICAR EL TRATAMIENTO CONFIABLEMENTE CONTROLADO POR LA OCURRENCIA DEL EVENTO A, ENTONCES NUESTRA ESTRATEGIA ESTARÍA DIRIGIDA A APLICAR UN PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL CONTROL QUE EJERCE EL EVENTO A SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR, E INCREMENTAR LA PROBABILIDAD DE QUE SE EMITAN RESPUESTAS INCOMPATIBLES

CUANDO A ESTÉ PRESENTE.

EL SEGUIMIENTO INDICARÍA QUE DESPUÉS DE UNOS MESES EL SUJETO NO HA FUMADO, SIEMPRE QUE SE PRESENTA EL EVENTO A, POR LO TANTO, NOSOTROS HEMOS PUESTO LAS CONDICIONES PARA QUE SEA MÁS PROBABLE NO FUMAR EN PRESENCIA DE A QUE FUMAR, Y SE PODRÍA SUPONER QUE EL SUJETO NO SEGUIRÁ FUMANDO EN LA MEDIDA EN QUE A EJERZA MAYOR CONTROL DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES CON EL FUMAR.

EN ESTE CASO, DURANTE EL SEGUIMIENTO, NOSOTROS ESTAMOS OBSERVANDO LA RESPUESTA DEL CLIENTE A LA SITUACIÓN COTIDIANA, POR LO TANTO LA TAREA MÁS IMPORTANTE QUE VA YA ORIENTADA A LOGRAR UN MANTENIMIENTO ADECUADO, REQUIERE EL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS QUE TENGAN SU MAYOR IMPACTO O EFECTO EN LAS CONDICIONES CONTROLADORAS QUE EXISTEN DESPUÉS DE QUE EL TRATAMIENTO SE TERMINA; ASÍ, LOS TRATAMIENTOS QUE PROGRAMAN ACTIVAMENTE LA APLICACIÓN TERAPÉUTICA, DEBERÍAN SER CAPACES DE EJERCER EL MAYOR CONTROL DURANTE EL SEGUIMIENTO. (EPSTEIN 1975 ; HUNT Y MATARAZZO 1973).

CUANDO UN TRATAMIENTO REDUCE Ó PRODUCE UNA ABSTENCIÓN EN LA TASA DE FUMAR DE SUS SUJETOS, PERO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE ÉSTE, LA CONDUCTA DE FUMAR SE RESTABLECE, NO ES INDICACIÓN DE QUE EL TRATAMIENTO FUE INEFECTIVO SINO MÁS BIEN SE INDICA QUE LAS CONDICIONES QUE CONTROLABAN EL FUMAR NO FUERON LO SUFICIENTEMENTE MANIPULADAS O MODIFICADAS POR EL PROCEDIMIENTO.

SI CONSIDERAMOS EL MANTENIMIENTO COMO UNA EXTENSIÓN ACTIVA DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, PODRÍAMOS ENSEÑARLE AL CLIENTE HABILIDADES QUE VAYAN DIRIGIDAS A DECREMENTAR LA PROBABILIDAD DE QUE LAS CONDICIONES CONTROLADORAS PREVIAS ASUMAN EL CONTROL DEL FUMAR.

LOS PROCEDIMIENTOS QUE PARECEN AJUSTARSE A ESTOS REQUERIMIENTOS, POSIBLEMENTE SON LOS DE AUTOCONTROL, YA QUE PUEDEN SER DISEÑADOS PARA AYUDAR AL CLIENTE A ANALIZAR SU AMBIENTE, POR EJEMPLO: STUART (1972), A EFECTUAR RESPUESTAS CONTROLADORAS, MAHONEY (1970), Y A EVALUAR EL IMPACTO DE ESTAS HABILIDADES DE AUTOMANEJO, (MAHONEY -1970).

CON ESTAS TÉCNICAS, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LA CONDUCTA PUEDA SER CONTROLADA CUANDO EL CLIENTE ESTÉ MOTIVADO PARA ELLO.

UN ASPECTO IMPORTANTE QUE PUEDE FLUCTUAR DURANTE LA FASE DE MANTENIMIENTO, ES LA MOTIVACIÓN DEL SUJETO PARA SUPRIMIR EL FUMAR, ES DECIR, DESPUÉS DE HABER FUMADO MUCHO DURANTE MUCHO TIEMPO, DIGAMOS 30 CIGARROS DIARIOS DURANTE 15 AÑOS, CON LAS CONSECUENCIAS FÍSICAS TÍPICAS (HIPERTENSIÓN, ETC.), ES PROBABLE QUE HAYA MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR SU CONDUCTA DE FUMAR, PERO SI DESPUÉS DE QUE ESTA ERA LA SITUACIÓN QUE DOMINABA EL SUJETO, LLEVA MUCHO TIEMPO DE NO FUMAR, DIGAMOS DOS AÑOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, SIN LAS CONSECUENCIAS FÍSICAS PRESENTES, ES POSIBLE QUE EL SUJETO NO ESTÉ TAN -

MOTIVADO PARA SEGUIR ABSTENIÉNDOSE.

SI EL SUJETO COMIENZA DE NUEVO A FUMAR, LAS CONSECUENCIAS FINALES DE HACERLO OTRA VEZ SE HARÁN AVERSIVAS Y ES PROBABLE QUE VUELVA A ESTAR MOTIVADO A CAMBIAR, PROBABLEMENTE SE IMPLEMENTE POR SEGUNDA VEZ EL TRATAMIENTO INICIAL (SI FUÉ EFECTIVO) Y POSIBLEMENTE SE REDUCIRÁ LA TASA DEL FUMAR, SIN EMBARGO "ESTA RE-IMPLEMENTACIÓN" DEL TRATAMIENTO PUEDE NO SER NECESARIA SI PONEMOS ATENCIÓN AL DISEÑO DE PROCEDIMIENTOS PARA AFECTAR DE UNA MANERA CONFIABLE LA MOTIVACIÓN DEL CLIENTE PARA MANTENER EL FUMAR BAJO CONTROL DURANTE LOS PERÍODOS DE ABSTINENCIA.

DIRECCIONES FUTURAS

CON EL ESTATUS PRESENTE DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA DEL CONTROL DEL FUMAR, HASTA AQUÍ DESARROLLADO, SE PLANTEA UNA PREGUNTA BÁSICA Y ÉSTA ES: CUÁLES SON LAS APROXIMACIONES QUE PROMETEN SER PROVECHOSAS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA DE FUMAR?, PARA RESOLVER ESTA CUESTIÓN - LAS ALTERNATIVAS QUE SE OFRECEN SON LAS SIGUIENTES:

- 10.) SE PODRÍA IMPLANTAR EL CONTROL DE FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS Y EVALUARSE USANDO LA TECNOLOGÍA EXISTENTE. EL CONTROL DE ESTE TIPO ES DESEABLE SEGÚN EPSTEIN (1975), AÚN CUANDO LAS INTERVENCIONES DISEÑADAS PARA CONTROLAR EL FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS PUEDEN NO REDUCIR EL NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS AL DÍA PARA CUALQUIER INDIVIDUO QUE HA ESTADO PRESENTE EN UN ÁREA EN LA QUE NO SE PUEDE FUMAR EN NINGUNA OCASIÓN, LA ADOCIÓN A LARGA ESCALA DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR EL FUMAR EN LOS LUGARES PÚBLICOS, SI PUEDE AFECTAR LAS TASAS INDIVIDUALES DE FUMAR. SI EL FUMADOR PASA CADA VEZ MÁS TIEMPO EN LUGARES EN DONDE NO SE FUMA, LA DISPONIBILIDAD DE CONDICIONES PARA EL FUMAR SE DECREMENTARÁ Y POR LO TANTO, ES PROBABLE QUE SE PRODUZCA UN DECREMENTO EN LA TASA. EPSTEIN (1975) SEÑALA CUATRO ESTRATEGIAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR CON EL OBJETO DE CONTROLAR EL FUMAR EN

AMBIENTES PÚBLICOS, LA PRIMERA CONSISTE EN SIMPLEMENTE INSTRUIR AL INDIVIDUO PARA QUE SE ABSTUVIERA DE FUMAR EN UN LUGAR DETERMINADO, (POR MEDIO DE SEÑALES QUE DIGAN "NO FUMAR", DISTRIBUCIÓN DE PANFLETOS O PETICIÓN VERBAL). LA SEGUNDA ESTRATEGIA IMPLICARÍA UN "REARREGLO" DEL MEDIO AMBIENTE FÍSICO, CON LA INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS COMO QUITAR CENICEROS, QUITAR MÁQUINAS VENEDORAS DE CIGARROS Y CREANDO ÁREAS EN DONDE SEA PROHIBITIVO EL FUMAR. LA TERCERA Y CUARTA ESTRATEGIAS CONSISTEN EN UN CONJUNTO DE VARIABLES QUE PUEDEN SER UTILIZADAS COMO CONSECUENCIAS PARA EL FUMAR, YA SEA DETERMINANDO CONSECUENCIAS POSITIVAS PARA EL NO-FUMADOR O CONSECUENCIAS AVERSIVAS PRESENTADAS CONTINGENTEMENTE AL FUMAR, EL AUTOR SUGIERE ENTRE OTRAS COSAS, UN PROCEDIMIENTO AVERSIVO QUE PODRÍA SER UN DETECTOR DE HUMO DE CIGARRO INTERCONSTRUIDO CON UN SEÑALADOR DE RUIDO FUERTE, Y PROGRAMADO DE TAL MANERA QUE, CIERTOS NIVELES DE HUMO PRODUZCAN EL RUIDO, TERMINANDO ÉSTE BÓLO DESPUÉS DE QUE EL NIVEL DE HUMO DECREMENTARA.

EN MI OPINIÓN, LA DIFICULTAD PRÁCTICA PARA UTILIZAR CUALQUIERA DE LAS ESTRATEGIAS SEÑALADAS, CONSISTE EN LOS INTERESES ECONÓMICOS DE LAS EMPRESAS VENEDORAS DE CIGARROS QUE NO PERMITIRÍAN VERSE AFECTADAS CON FACILIDAD.

20.) SI LA DISCUSIÓN EN EL PUNTO ANTERIOR INCLUYE MEDIDAS

TENDIENTES AL MANEJO DEL FUMAR EN AMBIENTES NATURALES CON POBLACIONES AMPLIAS, OTRA ALTERNATIVA SERÍA EL ENFATIZAR MEDIDAS QUE VAYAN DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DEL FUMAR. (EPSTEIN 1975).

SI NOSOTROS PARTIMOS DEL SUPUESTO DE QUE LA ADQUISICIÓN DE UNA TASA ALTA Y ESTABLE DE CONDUCTA ESTÁ FORMADA DE TRES ETAPAS; LA PRIMERA SIENDO LA OCURRENCIA INICIAL DE LA CONDUCTA, LA SEGUNDA UNA ETAPA DE TRANSICIÓN DURANTE LA CUAL LA CONDUCTA OCURRE INCONSISTENTE O ESPORÁDICAMENTE Y LA TERCERA CONSTITUYENDO LA OCURRENCIA ESTABLECIDA DE UNA TASA ALTA DE RESPUESTA.

PODRÍAMOS IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS QUE SE CENTRARAN EN CUALQUIERA DE LAS DOS PRIMERAS ETAPAS, EN ESTE CASO, LA PREVENCIÓN DE FUMAR NO SÓLO IRÍA DIRIGIDA A DECREMENTAR LA PROBABILIDAD DE QUE SE CONSUMIERA ESPORÁDICAMENTE UN CIGARRO, SINO TAMBIÉN LO ESTARÍA PARA INCREMENTAR LA PROBABILIDAD DE QUE UNA TASA ESTABLE Y ALTA DE RESPUESTA DEL FUMAR NO SE DESARROLLE, ELIMINANDO EL FUMAR DURANTE LA ETAPA DE TRANSICIÓN. (EPSTEIN 1975); P. HERMAN (1974), REALIZÓ UN EXPERIMENTO PARA DETERMINAR LA INFLUENCIA DE CLAVES INTERNAS Y EXTERNAS SOBRE LOS FUMADORES HABITUALES Y SUPERFICIALES, Y EN DONDE LOS RESULTADOS SUGIRIERON QUE LOS FUMADORES HABITUALES SON PRINCIPALMENTE AFECTADOS POR CLAVES DE TIPO INTERNO Y LOS FUMADORES SUPERFICIALES SON



AFFECTADOS TANTO POR CLAVES INTERNAS COMO EXTERNAS. PARA INTENTAR MEDIDAS DE TIPO PREVENTIVO, ES IMPORTANTE ANALIZAR LAS CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DEL FUMAR. EXISTEN, ENTRE OTROS, DOS FACTORES QUE PROBABLEMENTE SON IMPORTANTES EN LA ADQUISICIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR Y ESTOS SON: LA IMITACIÓN SOCIAL Y LA PRESIÓN DE LOS COMPAÑEROS. (BANDURA 1969).

LA IMITACIÓN PUEDE SER IMPORTANTE DEBIDO A LA GRAN CANTIDAD DE MODELOS DEL FUMAR A LAS QUE ESTAMOS EXPUESTOS Y LA POSIBLE FUERZA DEL MODELAMIENTO PARA ESTABLECER NUEVAS CONDUCTAS O FORTALECER LAS YA ADQUIRIDAS, ESTÁ DOCUMENTADA POR BANDURA (1969).

OTRA RAZÓN PARA CREER QUE ESTAS VARIABLES PSICOLÓGICAS SON IMPORTANTES, ES EL HECHO DE QUE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS CON EL FUMAR SE REPORTAN COMO AVERSIVAS POR MUCHAS GENTES.

LOS PROCEDIMIENTOS QUE PODRÍAN UTILIZARSE PARA PREVENIR LA OCURRENCIA INICIAL DEL FUMAR, PUEDEN APLICAR LOS PRINCIPIOS DE IMITACIÓN Y LA MANIPULACIÓN DE LA PRESIÓN DE GRUPO, POR EJEMPLO, LA IMITACIÓN PUEDE SER ÚTIL SI ESTÁ RESPETADA, (BANDURA 1969). EPSTEIN (1975) SUGIERE EL USO DE REFORZADORES TANGIBLES PARA EL NO FUMAR COMO BONOS ATRACTIVOS POR PERMANECER SIN HACERLO HASTA LA EDAD ADULTA OTORGADOS POR LA FAMILIA POR ORGANIZACIONES DE SERVICIO O COMPAÑÍAS DE SE-

GUROS, ADEMÁS DE PROGRAMAS EDUCACIONALES QUE PODRÍAN IMPLEMENTARSE PARA INFORMAR A LA GENTE DE LOS EFECTOS POTENCIALMENTE DAÑINOS DEL CIGARRO Y DE LOS PRINCIPIOS CONDUCTUALES IMPLICADOS EN LA ADQUISICIÓN DEL FUMAR. (EPSTEIN 1975).

DURANTE LA FASE DE TRANSICIÓN SE PUEDEN USAR TANTO TÉCNICAS PREVENTIVAS COMO TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, AUNQUE SI SE USAN ESTAS ÚLTIMAS, DEBE TOMARSE EN CUENTA LAS DIFERENCIAS EN MOTIVACIÓN DE UN FUMADOR CRÓNICO Y OTRO QUE ESTÁ EN FASE DE TRANSICIÓN POR EJEMPLO: ESTE ÚLTIMO POSIBLEMENTE NO HA EXPERIMENTADO UNA TOS FUERTE, O MANCHAS EN LOS DIENTES Y DEDOS, ASÍ, LOS INDIVIDUOS EN LA FASE DE TRANSICIÓN PUEDEN NO HABERSE PERCATADO TODAVÍA DE LA GRAN CANTIDAD DE CONSECUENCIAS AVERSIVAS A LARGO PLAZO QUE PRODUCE EL FUMAR. EN ESTE CASO, ELIMINAR EL APOYO MEDIO-AMBIENTAL QUE EXISTE PARA EL FUMAR, PUEDE AYUDAR EN INCREMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA FRENARSE.

UN USO NOVEDOSO DE LAS HABILIDADES DE AUTOCONTROL, PUEDEN SER UTILIZADAS EN ENSEÑAR A LA GENTE EL FUMAR CONTROLADAMENTE. PUEDE EXISTIR EL HECHO DE QUE UN CIERTO PORCENTAJE DE GENTE REDUZCA SU TASA ALREDEDOR DE DIEZ CIGARROS POR DÍA, PERO NO MÁS.

ES PROBABLE QUE SI NO SE LES ENSEÑAN PROCEDIMIENTOS PARA MANTENER ESTA TASA BAJA, REINCIDIRÁN Y REASUMIRÁN UNA TASA ALTA DE FUMAR.

EL FUMAR CONTROLADAMENTE PUEDE IMPLICAR ENSEÑAR A LOS CLIENTES A FUMAR CIGARROS DE BAJA NICOTINA, A UNA VELOCIDAD BAJA, LLEVANDO A CABO BOCADAS POCO PROFUNDAS, SÓLO EN SITUACIONES MUY ESPECÍFICAS, ETC.

30.) UNA ALTERNATIVA MÁS, CONSISTIRÍA EN CONSTRUIR APROXIMACIONES QUE UTILIZARAN TÉCNICAS MÚLTIPLES (PAQUETE), ANTES DE INTENTAR AISLAR LOS COMPONENTES ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTO. (LANDO 1975). Y UNA VEZ QUE TENAMOS UN TRATAMIENTO DE ASEGURADA EFECTIVIDAD DEFINIDA, SE BUSCARÍA ESPECIFICAR LOS ELEMENTOS SUFICIENTES Y NECESARIOS DE DICHO TRATAMIENTO. (LANDO 1976).

40.) UNA CUARTA ALTERNATIVA, CONSISTIRÍA EN LOGRAR PRIMERA MENTE TASAS DE ABSTINENCIA SATISFACTORIAS, (POR EJEMPLO CON UN PROCEDIMIENTO DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO) Y COMPLEMENTARLO CON "SESIONES DE FOMENTO" (LANDO 1975). LANDO (1975) SEÑALA QUE DE HECHO ESTE TIPO DE SESIONES YA SE HAN INTENTADO PERO SIN UNA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE SU EFECTIVIDAD. SE HAN ENCONTRADO CASOS, SEÑALA LANDO, EN QUE ALGUNOS SUJETOS REINCIDEN EN FUMAR EXCESIVAMENTE Y HACEN UN ESFUERZO "ESPONTÁNEO" PARA RE-APLICAR EL PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL ORIGINAL.

LA NECESIDAD DE ESTA APLICACIÓN REPETIDA DEL PROCEDIMIENTO, SE VE APOYADA POR EL HECHO DE QUE LAS TASAS DE REINCIDENCIA MÁS ALTAS OCURREN LAS PRIMERAS SEMANAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. (HUNT Y MATARAZZO 1973).

50.) PODRÍA IMPLEMENTARSE UN PROGRAMA AVERSIVO A CORTO -
PLAZO Y COMPLEMENTARLO CON OTRO TIPO DE PROCEDIMIENTO,
POR EJEMPLO PODRÍAN (DESPUÉS DEL CONDICIONAMIENTO
AVERSIVO) ESTABLECERSE CLUBS A LA MANERA EN QUE LO -
HAN HECHO OTROS INVESTIGADORES CON LOS ALCÓMOLIGOS Y
EN DONDE LES HA DADO BUEN RESULTADO. (LANDO 1975).

PROPUESTA DE APLICACION

 DE UN

 PROCEDIMIENTO PARA ELIMINAR

 LA CONDUCTA DE FUMAR

OBJETIVO:

DEBIDO A QUE UNA DE LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LA CONDUCTA DE LOS FUMADORES CONSISTE EN, PRIMERO, UTILIZAR TÉCNICAS MÚLTIPLES (PAQUETE), CON EL OBJETO DE LOGRAR UNA EFECTIVIDAD CLÍNICA ASEGURADA PARA DESPUÉS ESPECIFICAR CUÁLES SON LOS COMPONENTES NECESARIOS, SUFICIENTES O IMPORTANTES DE DICHO TRATAMIENTO, - PROPONGO A CONTINUACIÓN LA APLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE TÉCNICAS MÚLTIPLES DIRIGIDAS A TRATAR DIVERSOS ASPECTOS EN EL PROBLEMA DEL ABANDONO DEL CIGARRO, CON EL OBJETO DE LOGRAR UNA REDUCCIÓN SUSTANCIAL (10% Ó MENOS DE SU LÍNEA BASE) Ó TOTAL Y MANTENIDA DE LA CONDUCTA DE FUMAR EN LOS SUJETOS.

SE INTENTAN ATACAR CUATRO ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONTROL DEL FUMAR Y BÁSICAMENTE SON:

- 1) - MOTIVACIONAL:- MEDIANTE LAS TÉCNICAS DE COMPROMISO PÚBLICO, CONFERENCIA INICIAL, DISCUSIÓN DE GRUPO Y REFORZAMIENTO SOCIAL.
- 2) - REDUCCIÓN:- MEDIANTE LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO.

- 3) - SÍNDROME DE
RETIRADA:- MEDIANTE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN.
- 4) - REINCIDENCIA:- MEDIANTE SESIONES DE FOMENTO. (ESTE ÚLTIMO ASPECTO NO HA SIDO TRATADO GENERALMENTE DE UNA MANERA SISTEMÁTICA, (LANDO, 1975).

M E T O D OSUJETOS:

SE SOLICITARÁ UN TOTAL DE 80 SUJETOS VOLUNTARIOS (30 HOMBRES Y 30 MUJERES) A TRAVÉS DE ANUNCIOS EN BOLETINES UNIVERSITARIOS QUE INFORMARÁN DEL PROGRAMA DEL CONTROL DE FUMAR.

PROCEDIMIENTO:SELECCIÓN DE SUJETOS:

LOS SUJETOS SERÁN SOLICITADOS A TRAVÉS DE UN PAR DE BOLETINES EN LA GACETA UNIVERSITARIA EN DONDE SE LES INFORMARÁ QUE SERÁ INICIADO UN PROGRAMA PARA LA ELIMINACIÓN DEL FUMAR. SE REQUERIRÁ QUE CADA SUJETO AL INICIAR EL TRATAMIENTO DEPOSITE UNA CANTIDAD DE \$500.00 MÁS \$200.00 DE DONATIVO PARA COOPERAR A LOS GASTOS DEL PROYECTO, CUYA DEVOLUCIÓN NO SERÁ DEPENDIENTE DEL ÉXITO OBTENIDO EN EL PROGRAMA SINO SÓLO SOBRE UN ESFUERZO RAZONABLE DE PARTE DEL PARTICIPANTE PARA ASISTIR A TODAS LAS SESIONES DE TRATAMIENTO Y ENTREGAR LOS REGISTROS DE FUMAR. (SE PREVIENE QUE EL DEPÓSITO SERÁ ENTREGADO EN BASE A ESTAS REGLAS UN AÑO DESPUÉS)

SE OBTENDRÁ DE LOS SUJETOS LA EDAD PROMEDIO (CON LOS RANGOS EN QUE OSCILAN), EL NÚMERO PROMEDIO DE AÑOS DE FUMAR (CON SUS RANGOS) Y EL NÚMERO PROMEDIO DE CIGARROS FUMADOS POR DÍA (CON SUS RANGOS). TRES CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

LOS PRE-REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA SE-

RÁN:

- 10.) EXÁMEN Y APROBACIÓN MÉDICA PARA PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO, QUE INCLUIRÍA UNA LISTA DE HISTORIA MÉDICA, UNA FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL EXPERIMENTO POR EL FUMADOR, UNA FORMA DE APROBACIÓN POR EL MÉDICO (FORMAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL APÉNDICE B) Y UNA FORMA DE ACUERDO FIRMADO POR EL SUJETO, DE QUE ESTÁ DISPUESTO A REINICIAR EL TRATAMIENTO SEIS U OCHO MESES DESPUÉS, EN CASO DE QUE SEA LLAMADO PARA ELLO (NO SE ESPECIFICARÁ POR QUÉ, NI EN QUÉ CASOS OCURRIRÁ). ESTAS FORMAS AL IGUAL QUE EL DEPÓSITO SOLICITADO, SE TRAMITARÁN Y RECIBIRÁN ENTRE 30 Y 15 DÍAS ANTES DE EMPEZAR LA INVESTIGACIÓN, COMO LÍMITE. DURANTE ESTAS FECHAS TAMBIÉN SE DARÁN TODOS LOS INFORMES DE ORIENTACIÓN A LOS SUJETOS QUE ASÍ LO SOLICITEN.
- 20.) QUE LA EDAD MÍNIMA SEA DE 18 AÑOS.
- 30.) QUE EL CONSUMO DE CIGARROS DIARIOS POR SUJETO NO SEA MENOR QUE 15.
- 40.) NO ESTAR EN NINGÚN OTRO TRATAMIENTO AL COMENZAR EL PROGRAMA (CUALQUIERA QUE ÉSTE FUESE).
- 50.) QUE NO EXISTA CONDICIÓN DE EMBARAZO.
- LAS PERSONAS VOLUNTARIAS SERÁN ASIGNADAS AL AZAR A UNA DE LAS TRES CONDICIONES DEL ESTUDIO:

TERAPEUTAS:

LA CONFERENCIA INICIAL, LA TÉCNICA DE JUEGO DE ROL,

LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO Y LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN SERÁN ADMINISTRADAS POR UN PSICÓLOGO CLÍNICO Y NINGUNO DARÁ MÁS DE UNA TÉCNICA O UNA TÉCNICA DIFERENTE, ES DECIR, LOS SUJETOS SE PRESENTARÁN AL ENTRENAMIENTO DE CUATRO PSICÓLOGOS DIFERENTES. ADEMÁS LOS PSICÓLOGOS NO SABRÁN A QUÉ -- CONDICIÓN PERTENECE EL SUJETO.

EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

DESPUÉS DE QUE LOS SUJETOS COMPLETEN LAS FORMAS, LLENEN LOS REQUISITOS DE ACEPTACIÓN Y SEAN ASIGNADOS A LOS GRUPOS, SE LES PROVEERÁ DE CUADERNILLOS CON TARJETAS TAMAÑO BOLSILLO PARA FACILITAR EL MANTENIMIENTO DE SU REGISTRO (VER APÉNDICE B), YA QUE SE LES PEDIRÁ QUE MANTENGAN REGISTROS DE LÍNEA BASE DE TODOS LOS CIGARROS FUMADOS DURANTE TREINTA DÍAS.

LUGAR PARA TRATAMIENTO:

SE ACONDICIONARÁ UN LUGAR CON CUARTOS RELATIVAMENTE PEQUEÑOS, EN DONDE QUEPAN CÓMODAMENTE SENTADAS DIEZ PERSONAS (LAS SILLAS SERÁN MOVIBLES), EXCEPTO PARA LA CONFERENCIA INICIAL QUE SE DARÁ EN UN SALÓN ESPECIAL DE CONFERENCIAS.

DISEÑO:

HABRÁ TRES CONDICIONES, LA PRIMERA LA CONSTITUIRÁ UN GRUPO DE VEINTE SUJETOS QUE RECIBIRÁ EL TRATAMIENTO DE -- TÉCNICAS MÚLTIPLES, Y SEIS MESES DESPUÉS DE LA APLICACIÓN

DE ÉSTE SERÁN LLAMADOS DE NUEVO AL TRATAMIENTO TODAS AQUÉLLAS PERSONAS QUE SU CONSUMO DE CIGARROS SEA MAYOR DEL 10% DE SU LÍNEA BASE INICIAL.

EL SEGUNDO GRUPO ESTARÁ FORMADO POR VEINTE SUJETOS - QUE RECIBIRÁN EL TRATAMIENTO DE TÉCNICAS MÚLTIPLES Y OCHO MESES DESPUÉS DE ÉSTE SE LLAMARÁ A TRATAMIENTO A LAS PERSONAS QUE SU CONSUMO DE CIGARROS REPORTADO SEA MAYOR DEL 10% DE SU LÍNEA BASE INICIAL.

EL TERCER GRUPO LO FORMARÁN VEINTE SUJETOS, LOS CUALES RECIBIRÁN INSTRUCCIONES BREVES (10 MIN.) EN LAS QUE - LES DIRÁ QUE INTENTEN DEJAR EL CIGARRO POR ELLOS MISMOS, YA QUE LA VOLUNTAD ES EL ÚNICO CAMINO Y SE LES CONTACTARÁ PARA QUE INFORMEN SOBRE LA CANTIDAD DE CIGARROS FUMADOS EN LOS MISMOS PERÍODOS QUE EN LOS OTROS GRUPOS (G-1 Y G-2).

EL GRUPO CUATRO CONSISTIRÁ EN SUJETOS A LOS QUE SE LES PROMETERÁ LA POSIBILIDAD DE SER TRATADOS DESPUÉS PERO QUE POR EL MOMENTO TIENEN QUE ESPERAR HASTA QUE SEAN LLAMADOS. SE LES DIRÁ QUE INTENTEN DEJAR EL CIGARRO POR ELLOS MISMOS Y SE LES LLAMARÁ A TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER TERMINADO LA PRIMERA APLICACIÓN DEL PAQUETE CON EL GRUPO 1 Y 2.

G-1	L.B.	TRATAMIENTO PAQUETE	6 MESES	T.P.	SEG.
G-2	L.B.	TRATAMIENTO PAQUETE	8 MESES	T.P.	SEG.
G-3	L.P.	L.B.	L.B.	L.B.	
G-4	L.P.	L.B.	L.B.	L.B.	

SE HARÁN SEGUIMIENTOS PARA CADA UNO DE LOS TRES PRIMEROS GRUPOS A LAS DOS SEMANAS DESPUÉS DE HABERSE TERMINADO EL TRATAMIENTO, AL MES, A LOS 3, 6, 12, 18 Y 24 MESES.

PROCEDIMIENTO

CONFERENCIA INICIAL:

ESTA LA DARÁ UN PSICÓLOGO VESTIDO CON BATA BLANCA, TÍ-
PICA DE UN ESPECIALISTA MÉDICO, EN UN SALÓN PARA CONFEREN-
CIAS, ESTA CONFERENCIA INICIAL A LA QUE ASISTIRÁN EL G-1 Y
G-2 SIMULTÁNEAMENTE, TENDRÁ UNA HORA DE DURACIÓN Y SE TRA-
TARÁN LOS SIGUIENTES TÓPICOS CON AYUDA DE TRANSPARENCIAS:

- 1) - BIENVENIDA Y FELICITACIÓN POR ESTAR EN EL TRA-
TAMIENTO,
- 2) - PROMESA DE QUE SE BENEFICIARÁN DEL TRATAMIENTO,
(YA QUE SE OFRECERÁN TÉCNICAS PARA ELLO)
- 3) - EL FUMAR ES UN HÁBITO QUE SE APRENDE Y POR LO
TANTO, PUEDE DESAPRENDERSE,
- 4) - DESVENTAJAS DE FUMAR PARA LA SALUD,
- 5) - VENTAJAS DE NO HACERLO,
- 6) - LA META PARA EL SUJETO CONSTANTEMENTE EXPRESADA
SERÁ QUE DEJEN DE FUMAR COMPLETAMENTE Y QUE LO-
GREN ESTO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

DISCUSIÓN DE GRUPO Y REFORZAMIENTO SOCIAL:

LAS DISCUSIONES QUE SE LLEVARÁN A CABO EN LOS SALONES
ACONDICIONADOS PARA ELLO, ESTARÁN DIRIGIDAS POR UN PSICÓ-
LOGO ENTRENADO EN LAS TÉCNICAS DE DISCUSIÓN DE GRUPO.

SE DISCUTIRÁ EN GRUPOS DE CINCO SUJETOS, EN DONDE UNO
DE ELLOS ESTARÁ ENCARGADO DE DAR LA PALABRA Y COORDINAR -
(NO SERÁ UN MISMO SUJETO COORDINADOR MÁS DE DOS VECES), Y
SE FORMARÁN AL AZAR CUATRO SUB-GRUPOS DE DIEZ SUJETOS (LOS
DOS GRUPOS DE TRATAMIENTO), CADA UNO DE ESTOS SUB-GRUPOS -

TENDRÁ UNA SESIÓN SEMANARIA DE DISCUSIÓN DE GRUPO (DURANTE OCHO SEMANAS) Y LOS ASPECTOS PRINCIPALES QUE SE TRATARÁN SON:

- 1)- CANTIDAD DE CIGARROS FUMADOS POR CADA SUJETO A PARTIR DE LA ÚLTIMA SESIÓN.
- 2)- TIPOS DE PROBLEMAS EXPERIMENTADOS AL TRATAR DE DEJAR EL CIGARRO.
- 3)- EL TERAPEUTA FINALMENTE REFORZARÁ SOCIALMENTE CUALQUIER REDUCCIÓN PRESENTADA POR CUALQUIER SUJETO POR MEDIO DE UNA "TARJETA DE RECONOCIMIENTO" -EN DONDE SE ESPECIFICA EL NÚMERO DE CIGARROS QUE SE HAN DEJADO DE CONSUMIR Y QUE LA TARJETA SE OTORGA COMO PREMIO AL ESFUERZO Y LOGROS OBTENIDOS. AL INICIO DE CADA UNA DE ESTAS JUNTAS CADA SUJETO APORTARÁ CINCO PESOS, MISMOS QUE SE DONARÁN AL SUJETO (S) QUE HAYA LOGRADO LA MÁXIMA REDUCCIÓN DE CONSUMO EN ESE DÍA; EL DINERO SE LE ENTREGARÁ JUNTO CON UN APLAUSO DE TODOS.
- 4)- AQUÍ TAMBIÉN SE INSISTE EN QUE DEJEN DE FUMAR COMPLETAMENTE Y QUE LO LOGREN TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

LA ESTRUCTURA DE ESTAS REUNIONES SERÁ LO MÁXIMAMENTE FIJA POSIBLE, A FIN DE QUE TODOS LOS ELEMENTOS CONTENIDOS EN ELAS SE PRESENTEN Y NO HAYA MUCHA VARIACIÓN DE UNA SESIÓN A OTRA NI DE UN GRUPO A OTRO.

LAS SESIONES, POR LO TANTO, ESTARÍAN ESTRUCTURADAS DE

LA SIGUIENTE MANERA:

10. HORA FIJADA PARA EL INICIO DE LA SESIÓN.- DIEZ MINUTOS DE TOLERANCIA. EN ESTE LAPSO LOS SUJETOS APORTARÁN SU REGISTRO Y LOS \$5.00 DE DONATIVO PARA ENTREGARLOS AL QUE HAYA FUMADO MENOS CIGARROS DURANTE EL LAPSO DESDE LA SESIÓN ANTERIOR.
20. INICIO DE LA SESIÓN.- SE ASIGNARÁN LOS SUJETOS A LOS SUBGRUPOS AL AZAR, Y CADA SUBGRUPO ELIGIRÁ A UN COORDINADOR QUE RECIBIRÁ INSTRUCCIONES POR ESCRITO DE LO QUE DEBERÁ HACER. LA SESIÓN DIRIGIDA POR EL COORDINADOR ESTARÁ SECCIONADA DE LA SIGUIENTE MANERA:
 - A)- DIEZ MINUTOS PARA QUE TODOS REPORTEN SU CANTIDAD DE CIGARROS FUMADOS A PARTIR DE LA ÚLTIMA SESIÓN Y QUÉ MEJORÍA REPRESENTAN.
 - B)- VEINTE MINUTOS EN LOS QUE CADA SUJETO SE REFERIRÁ AL PROBLEMA O EXPERIENCIAS QUE HA TENIDO PARA TRATAR DE DEJAR EL CIGARRO.

EN LOS DIEZ MINUTOS RESTANTES EL TERAPEUTA REPARTIRÁ LAS "TARJETAS DE RECONOCIMIENTO", Y NOMBRARÁ AL SUJETO (S) QUE LOGRÓ EL MÁXIMO DE REDUCCIÓN O ABSTENCIÓN, AL CUAL -- JUNTO CON UN APLAUSO SE LE ENTREGARÁ EL DINERO.

FINALMENTE EL TERAPEUTA RECORDARÁ LA FECHA DE LA SIGUIENTE SESIÓN E INSISTIRÁ EN QUE TRATEN DE DEJAR EL CIGARRO COMPLETAMENTE Y QUE LO HAGAN TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

RELAJACIÓN:

SE LES INSTRUYE A LOS SUJETOS PARA QUE USEN A LA RELAJACIÓN COMO ALTERNATIVA AL FUMAR, PARTICULARMENTE CUANDO SE ENCUENTREN ANSIOSOS. SE LES PIDE QUE SUSTITUYAN, POR LO TANTO, LA RELAJACIÓN POR EL FUMAR, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, YA QUE EL FUMAR ES RESULTADO DE ESTAR TENSO Y QUE SI SE RELAJAN SE DECREMENTARÁ SU NECESIDAD DE CIGARROS.

EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN, BASADO EN LA TÉCNICA DE VOLPE (1973), SE DARÁ DURANTE OCHO SESIONES, SEIS DE ENTRENAMIENTO MUSCULAR Y DOS MÁS DE PRÁCTICA, Y SE LES PIDE QUE PRACTIQUEN ENTRE LOS DÍAS QUE COMPONEN TODO EL PERÍODO DE SESIONES DE RELAJACIÓN (EN SU CASA), POR LO MENOS UN TOTAL GLOBAL DE CINCO VECES (DURANTE PERÍODOS DE 15 MIN.) NO SE APLICARÁ EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN A INDIVIDUOS SOLOS SINO QUE SERÁN RELAJADOS EN UN CUARTO AISLADO DE RUIDOS, GRUPOS DE CINCO SUJETOS (8 SUB-GRUPOS), FORMADOS AL AZAR. CON EL OBJETO DE ECONOMIZAR TIEMPO Y NÚMERO DE TERAPEUTAS EMPLEADOS (EN SESIONES).

COMPROMISO PÚBLICO:

LOS SUJETOS DEL GRUPO 1 Y 2 AL ASISTIR A LA CONFERENCIA INICIAL ENTREGARÁN EN LA ENTRADA DEL SALÓN DE CONFERENCIAS UN PAR DE CARTAS TIMBRADAS QUE SE ENVIARÁN A DOS AMIGOS Ó PARIENTES Y EN DONDE LES INFORME QUE ESTÁN EN UN TRATAMIENTO PARA DEJAR EL CIGARRO, Y QUE YA ESTÁN POR FIN A PUNTO DE ABANDONARLO TOTALMENTE.

TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO:

SE APLICARÁ EN PEQUEÑOS GRUPOS DE CINCO SUJETOS, SELECCIONADOS AL AZAR EN OCHO SUB-GRUPOS, SE USARÁ EL PROCEDIMIENTO DE LICHTENSTEIN (APÉNDICE B). LAS SESIONES DE FUMAR RÁPIDO SERÁN LOS DÍAS 1, 2, 3, 5, 7, 11 Y 13 DEL TRATAMIENTO.

SESIONES DE FOMENTO:

TODOS LOS SUJETOS DEL G-1 QUE REPORTEN A LOS SEIS MESES Y LOS DEL G-2 QUE LO HAGAN A LOS OCHO MESES, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO, QUE FUMAN MÁS DEL 10% DE CIGARRILLOS DIARIOS EN RELACIÓN A SU CONSUMO BASE INICIAL PRE-TRATAMIENTO, SERÁN INVITADOS A PARTICIPAR EN UN TRATAMIENTO ADICIONAL, SE LES RECORDARÁ Y MANDARÁ POR CORREO SU ACUERDO DE PARTICIPACIÓN CONDICIONAL FIRMADO.

ESTAS SESIONES CONSISTIRÁN EN LA APLICACIÓN DE TODO EL TRATAMIENTO INICIAL (A EXCEPCIÓN DE LA TÉCNICA DE COMPROMISO PÚBLICO), SOLO QUE TENDRÁ MENOS DURACIÓN. LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO SE APLICARÁ EXACTAMENTE IGUAL QUE LA PRIMERA VEZ, SIN EMBARGO LAS DISCUSIONES DE GRUPO SOLO SERÁN DURANTE UN MES, UNA VEZ A LA SEMANA; LA RELAJACIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE TRES SESIONES.

SECUENCIACIÓN:

EL TRATAMIENTO TENDRÁ UNA DURACIÓN TOTAL DE DOS MESES, EN LAS PRIMERAS DOS SEMANAS HABRÁ QUE ASISTIR A TRES SESIONES, EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS SÓLO SE ASISTIRÁ A DOS SESIONES EN CADA SEMANA, HABIENDO UN TOTAL DE CATORCE SESIONES.

LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN SERÁN COMO SIGUE:

1	2	3	4	5	6	7
CONF.		DG y		FR	DG y	FR
FR	FR	RS	RELAJ.	RELAJ.	RS	RELAJ.
CP		FR			RELAJ.	

8	9	10	11	12	13	14
DG y		DG y		DG y		DG y
RS	RELAJ.	RS	FR	RS	FR	RS
RELAJ.				RELAX		RELAX

- CONF. - CONFERENCIA INICIAL
FR - TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO
DG y RS - DISCUSIÓN DE GRUPO Y REFORZAMIENTO SOCIAL
RELAX - RELAJACIÓN
CP - COMPROMISO PÚBLICO

INSTRUCCIONES:

PARA LOGRAR UNA ESTANDARIZACIÓN EN LAS INSTRUCCIONES, TODAS SERÁN PRESENTADAS EN FORMA ESCRITA Y SE CONTESTARÁN SÓLO LAS DUDAS SOBRE LAS INSTRUCCIONES MISMAS.

TRATAMIENTO DE DATOS:

SE RECUERARÁ DE LOS SUJETOS QUE MANTENGAN REGISTROS DE TODOS SUS CIGARROS FUMADOS DURANTE EL TRATAMIENTO, Y EN INTERVALOS PERIÓDICOS DE SEGUIMIENTO. SIEMPRE SE PROVEERÁN CUADERNILLOS CON FORMAS DE REGISTRO TAMAÑO BOLSILLO - PARA FACILITAR EL QUE SE MANTENGAN REGISTRANDO. DESPUÉS

DEL TRATAMIENTO ESTOS CUADERNILLOS SERÁN ENVIADOS POR CORREO JUNTO CON SOBRES QUE TENDRÁN LA DIRECCIÓN DEL CENTRO INVESTIGADOR Y ESTAMPILLAS.

SE HARÁN SEGUIMIENTOS DE LOS TRES GRUPOS DURANTE LAS DOS PRIMERAS SEMANAS, DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO, COMO TAMBIÉN A UN MES, TRES, SEIS, DOCE, DIECIOCHO Y VEINTICUATRO MESES.

UN 30% DE SUJETOS DEL GRUPO 1 Y 2 SERÁN LLAMADOS AL AZAR PARA TENER CON ELLOS ENTREVISTAS ABIERTAS DOS MESES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, DE UNOS 20MIN. DE DURACIÓN APROXIMADA, Y EN DONDE SE TOMARÁN LOS COMENTARIOS DE LOS SUJETOS ACERCA DE LOS ELEMENTOS EFECTIVOS DEL TRATAMIENTO, SUS CRÍTICAS AL PROGRAMA Y SUS SUGERENCIAS PARA MEJORARLO.

SE USARÁ LA PRUEBA DE MONÓXIDO DE CARBONO DEL ALIENTO PARA CHEGAR LOS AUTO-REPORTES DEL SUJETO Y REGISTROS DE OBSERVADORES INDEPENDIENTES.

A P E N D I C E A

TABLA I

CORRELACIÓN ENTRE INTENSIDAD DEL TABAQUISMO Y LA CRONICIDAD DE LA BRONQUITIS.

INTENSIDAD DEL TABAQUISMO	CRONICIDAD DE LA TOS EN AÑOS			
	0-2	2-4	4-6	DE 6
MÍNIMO	1	0	0	3
MODERADO	1	1	0	5
INTENSO	7	3	2	5
MUY INTENSO	8	9	6	19

LA TABLA DEMUESTRA UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA INTENSIDAD DEL TABAQUISMO Y LA CRONICIDAD DE LA BRONQUITIS.

GRÁFICA 1

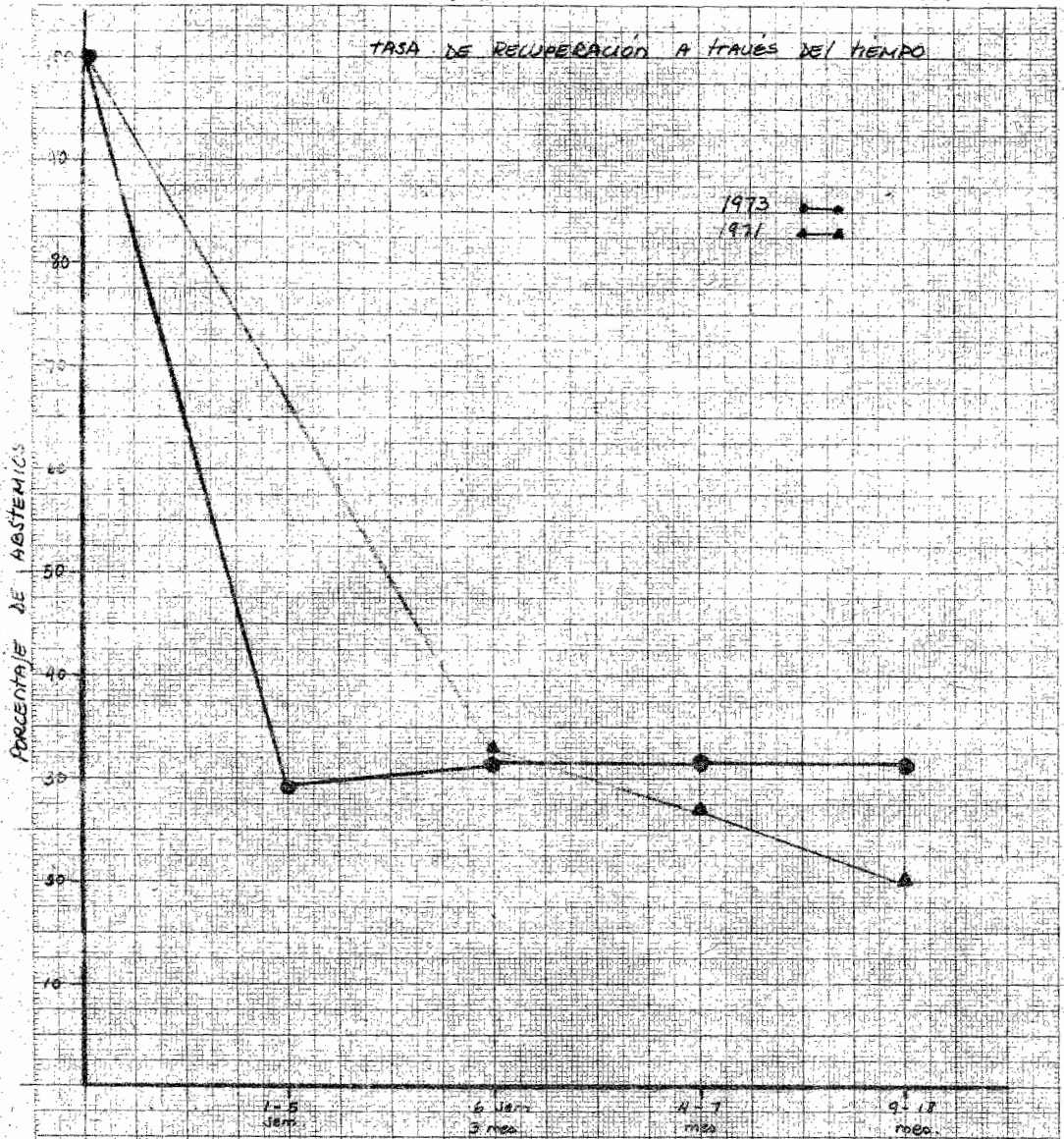
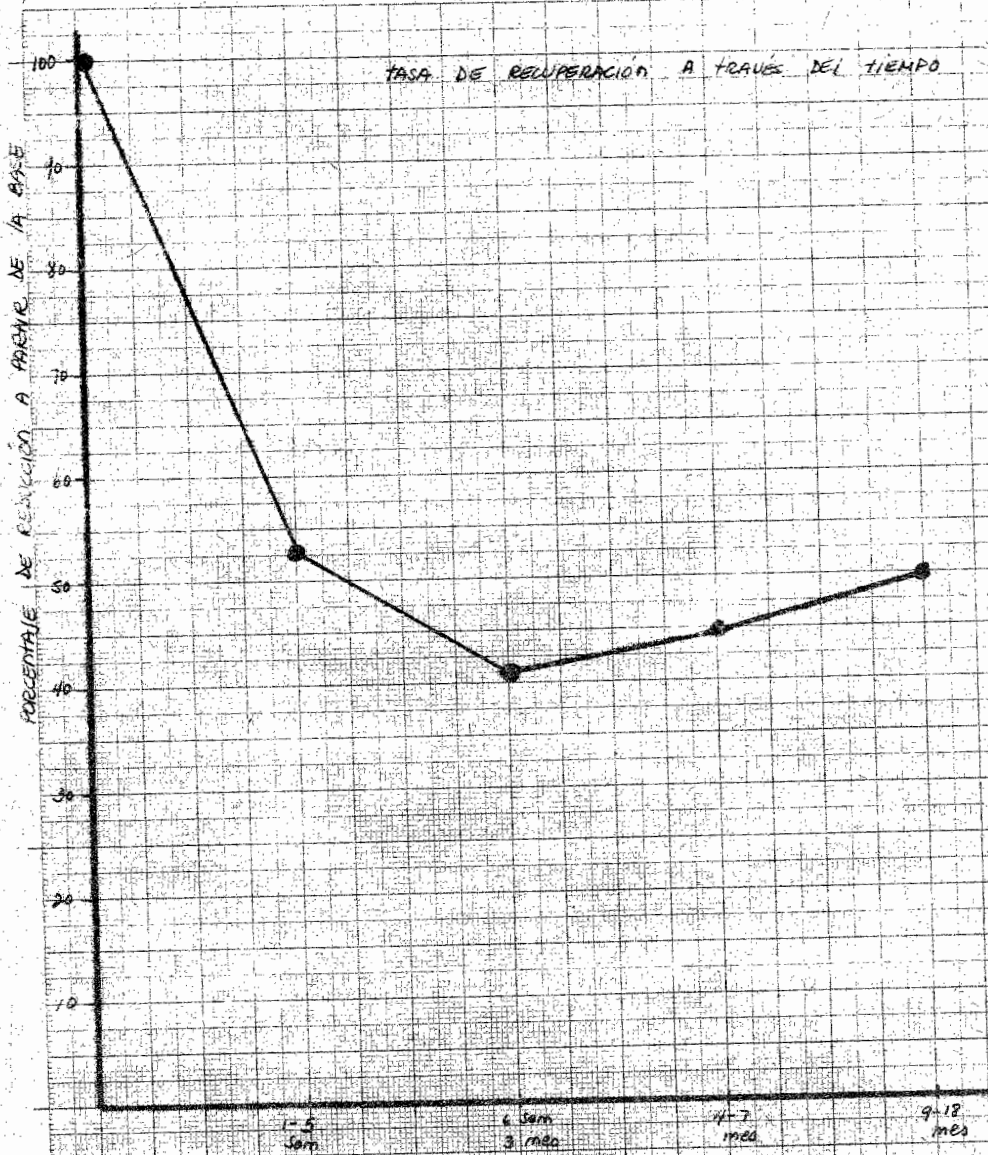
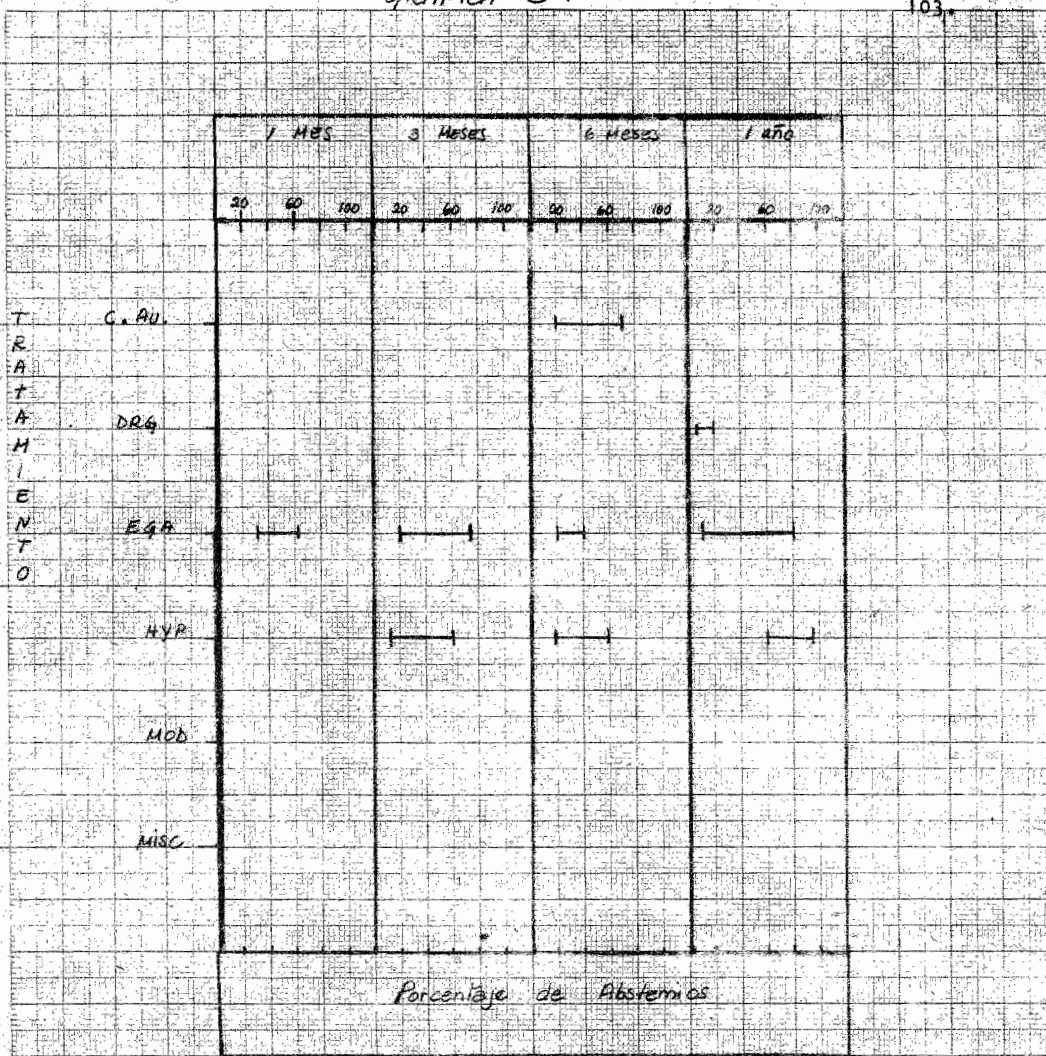


Fig. 1.- Tasas de recuperación después del tratamiento para el Fumar (tomado de Hurt y Cepalac 1974) pp. 431

GRÁFICA 1



GRAFICA 2 - Reduccion de la linea base en el Fumar
 (tomado de Hunt y Beppales 1974 pp. 432)



Porcentaje de Abstemios

Símbolos de Tratamiento

- C.AU - Condicionamiento Aversivo
- DRG - Terapia de Drogas
- EGA - Educación y Apoyo de Grupo
- HYR - Hipnosis
- MOD - Modificación de Conducta
- MISC - Auto-control; Juego de Rol; combinación

Figura 3.- Distribución de medias para el período de Recuperación (tomado de Hunt y Geopalec 1974, pp. 130)

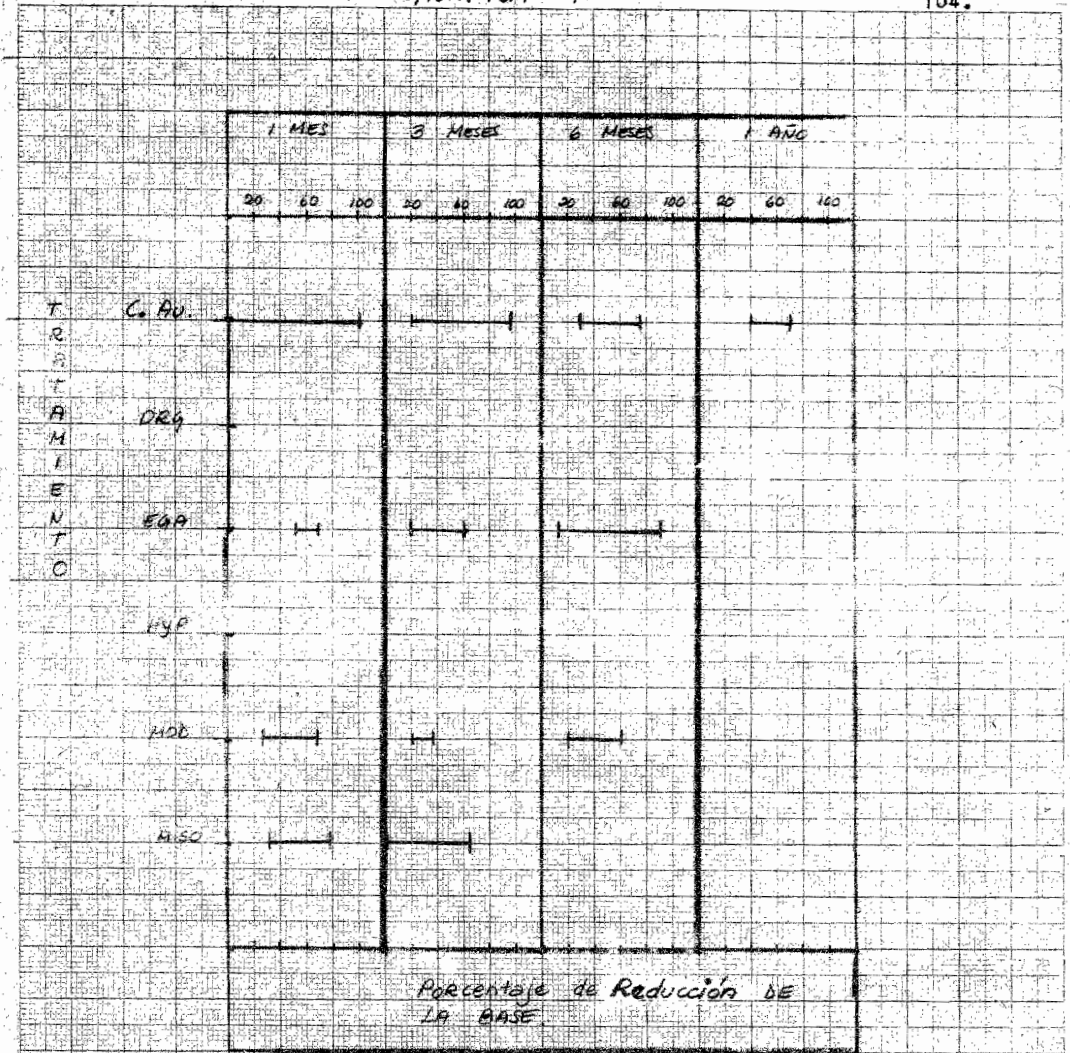


Fig. 4. - Distribución de Medias para la Reducción de la Tasa de Base en el Fumar.
(Tomado de Hunt y Beebelec, 1974, p.p. 434.)

A P E N D I C E B

GUIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RAPIDO

INTRODUCCIÓN

"EL PROCEDIMIENTO ES CONVENIENTE -SE NECESITAN MUY -- POCOS APARATOS- PUEDE SER ADMINISTRADO EN PEQUEÑOS GRUPOS Y AÚN PUEDE AUTOADMINISTRARSE. SIN EMBARGO, EL RIESGO -- DEL PROCEDIMIENTO PARA ALGUNOS CLIENTES REQUERIRÁ DE SE-- LECCIÓN MÉDICA. PARA QUE SEA EXITOSO EL PROCEDIMIENTO, DE-- BE ADMINISTRARSE EN CONTEXTO INTERPERSONAL CONTINGENTEMEN-- TE PERSUASIVO Y AGRADEBLE Y POR LO TANTO, REQUIERE UN GRA-- DO DE SENSIBILIDAD CLÍNICA. UNA FORMA AMISTOSA Y A LA VEZ FIRME, PARECE SER LO QUE FUNCIONA MEJOR." (LICHTENSTEIN -- -1975).

SELECCIÓN MÉDICA

EL CONSUMO INCREMENTADO DE NICOTINA Y DE MONOXIDO DE CARBONO QUE RESULTAN DEL FUMAR RÁPIDO PROVOCA TENSION EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR Y AGRAVA EL SISTEMA RESPIRATORIO. LOS CLIENTES CON HISTORIAS CARDIOVASCULARES, DEBEN SER EXCLUÍDOS Y AQUÉLLOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS -EFISEMAS, BRONQUITIS, ASMA, TAMBIÉN DEBEN DE SER EXCLUÍDOS O ATENDIDOS BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA CUIDADOSA. SE USA UN -- PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN EN TRES ETAPAS:

- A)- UNA LISTA DE HISTORIA MÉDICA,
- B)- UNA PROPORCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FIRMARSE POR EL FUMADOR, QUE DESCRIBE LOS RIES-

GOS Y BENEFICIOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO, Y --
 C) - UNA FORMA DE APROBACIÓN DEL MÉDICO PARA SER FIRMADA
 POR EL DOCTOR DEL CLIENTE, LA CUAL ESTABLECE QUE EL
 DOCTOR SABE QUE NO HAY DATOS MÉDICOS, LO QUE CONTRA-
 INDICARÍA EL FUMAR RÁPIDO.

APARATOS

DEPENDE DE SI ES UN AMBIENTE CLÍNICO O DE INVESTIGA-
 CIÓN; SON SUFICIENTES, CIGARROS, CENICEROS, CERILLOS, RE-
 LOJ, PAPEL Y LÁPIZ.

UN METRÓNOMO U OTRO DISPOSITIVO DE TIEMPO PUEDE SER
 ÚTIL. UNA BOTELLA DE PLÁSTICO, DE MOSTAZA O SALSA CATSUP
 PUEDE USARSE PARA PRENDER LOS CIGARROS DEL CLIENTE, PERO
 ES MÁS CONVENIENTE SI ELLOS LOS PRENDEN USANDO LA VELA.

UNA BASINICA O BASURERO DE PLÁSTICO DEBE ESTAR DISPO-
 NIBLE EN CASO DE QUE EL CLIENTE SE ENFERME. TAMBIÉN DEBE
 TENERSE EN LA MANO UN VASO DE AGUA.

LUGAR

CUALQUIER CUARTO PODRÍA SER ÚTIL, PERO UNO RELATIVA-
 MENTE PEQUEÑO CON BUENA VENTILACIÓN POTENCIAL ES PREFERI-
 BLE. UN VENTILADOR TAMBIÉN AYUDA. UN BAÑO DEBE ESTAR --
 CERCA Y SE DEBE INSTRUIR AL SUJETO DE SU LOCALIZACIÓN O
 DURANTE EL FUMAR RÁPIDO DEBE ORIENTARSE AL SUJETO HACIA -
 LA PARED, Y EL EXPERIMENTADOR DEBE ESTAR FUERA DE VISTA
 PARA MINIMIZAR LAS DISTRACCIONES.

INSTRUCCIONES AL CLIENTE

EL CLIENTE YA SABRÁ ALGO ACERCA DE ESTO DESDE LOS --
PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN Y CONSENTIMIENTO. SIN EMBAR-
GO, ES PRECISO QUE SE LE RESUMA LA LÓGICA DEL PROCEDIMIE-
TO.

POR EJEMPLO: ESTAMOS AHORA LISTOS PARA COMENZAR EL
FUMAR RÁPIDO. ESTE ES UN PROCEDIMIENTO DE AVERSIÓN DISE-
ÑADO PARA CAMBIAR LA VALENCIA DE SU FUMAR.

EL FUMAR ES AHORA DISFRUTABLE Y REFORZANTE PARA USTED.
HACIENDO EL ACTO DE FUMAR DEMASIADO AVERSIVO, LOS CIGARROS
Y OTRAS SEÑALES ASOCIADAS NO SE PERCIBIRÁN EN EL FUTURO -
COMO PLACENTERAS Y AÚN PUEDEN CONVERTIRSE EN MOLESTAS, POR
LO TANTO SERÁ MUCHO MÁS FÁCIL PARA USTED CONTROLAR SU CON-
DUCTA DE FUMAR.

"QUEREMOS QUE USTED FUME CONTINUAMENTE Y RÁPIDAMENTE
-TOMANDO UNA BOGANADA NORMAL CADA SEIS SEGUNDOS- BASTA QUE
USTED YA NO PUEDA CONTINUAR FUMANDO MÁS. CUANDO FINALICE
UN CIGARRO, DÉJELO EN EL CENICERO Y PRENDA OTRO RÁPIDAMEN-
TE CON LA VELA. MIENTRAS USTED FUMA DEBE CONCENTRARSE SO-
LO EN EL FUMAR Y EN LAS REACCIONES DE SU CUERPO, ES DECIR,
SU BOCA, GARGANTA Y PULMONES AL HUMO. ÉSTA ES LA RAZÓN -
POR LA QUE QUERRÉ QUE USTED ESTÉ DE FRENTE A LA PARED Y ME
SENTARÉ DEL LADO PARA QUE NO ESTÉ DISTRAÍDO."

"ESTO SERÁ MUY INCÓMODO Y DISTINTAS PERSONAS LO EXPE-
RIMENTAN DE UNA MANERA DIFERENTE. TIENE QUE SER ASÍ CON
EL OBJETO DE QUE FUNCIONE."

"SU TAREA, EN EFECTO, ES FUMAR HASTA QUE NO PUEDA DAR

OTRA BOGANADA. SIN EMBARGO, NO QUEREMOS QUE SE ENFERME. AL COMIENZO ES MEJOR ERRAR EN DETENERSE MUY PRONTO EN LUGAR DE MUY TARDE, HASTA QUE APRENDA ACERCA DE CÓMO SU CUERPO REACCIONA A ESTE PROCEDIMIENTO."

CUANDO USTED YA NO PUEDA FUMAR MÁS, DEBE DECIR CLARAMENTE: "ESTOY DETENIENDOME" Ó "NO PUEDO CONTINUAR" Y DEJE SU CIGARRO. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, HÁGALA EN ESTE MOMENTO, DEBIDO A QUE UNA VEZ QUE EMPIEZA EL FUMAR RÁPIDO, NO DEBE HABER PLÁTICAS ENTRE NOSOTROS, DE TAL MANERA QUE PUEDA CONCENTRARSE EN EL FUMAR. OCASIONALMENTE DIRÉ ALGO PARA RECORDARLE EN SU ACTO DE FUMAR.

EL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO

CUANDO ESTÉN LISTOS PARA COMENZAR, DÉJELO (A) PRENDER SU PROPIO CIGARRO DE LA VEEA, MIENTRAS USTED (1) FUNCIONA EL CRONÓMETRO Y (2) ACTIVA EL METRÓNOMO. (EL METRÓNOMO DEBE FIJARSE DE TAL MANERA QUE SEÑALE EN CADA PASO UN SEGUNDO). EN CADA SEIS PASOS O SEGUNDOS DIGA: "FUME" CON UNA VOZ FIRME. ES PERMISIBLE ERRAR UN POCO EN EL LADO SUPERIOR PERO NO DEBE DEJARLOS FUMAR MÁS RÁPIDO QUE EN SEIS SEGUNDOS. DE VEZ EN CUANDO EN UN ENSAYO DIGA CALMADAMENTE: "CONCÉNTRESE EN CÓMO SU CUERPO ESTÁ REACCIONANDO A SU FUMAR" Ó ALGUNA FRASE SIMILAR, PERO NO REPITA ESTO MUY A MENUDO. USE LA TABLA DE DATOS PARA QUE CUENTE CUANTOS CIGARROS FUMA EL SUJETO EN UN ENSAYO DADO Y QUÉ TAN LARGO ES EL ENSAYO. TAMBIÉN TRATE DE TOMAR NOTAS ACERCA DE LAS REACCIONES DEL SUJETO. POR EJEMPLO SI EL SUJETO TOSE DE-

MASIADO, DEBE NOTARLO. SI EL BUJETO MUESTRA UNA OBVIA MOLESTIA COMO LLORAR O TEMPLAR, TAMBIÉN DEBE NOTARSE. TALES MANIFESTACIONES DE TENSIÓN, PUEDEN SERVIR TAMBIÉN COMO SEÑALES PARA PARAR EL PROCEDIMIENTO, YA QUE NO ES NECESARIO Y POCO PRUDENTE HACERLO EXCESIVAMENTE AVERSIVO.

CUANDO EL CLIENTE NO PUEDE AVANZAR MÁS Y SEÑALA SU DETENCIÓN, ESTO CONSTITUYE EL FINAL DEL ENSAYO. HAGA UNA NOTA DEL TIEMPO Y NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS. USTED PUEDE DESEAR VENTILAR EL CUARTO. DURANTE LO QUE RESTA DEL PERÍODO, USTED TIENE TRES TAREAS:

- 1A.) OBTENER UNA EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE DISCONFORT DEL PACIENTE (LA ESCALA PARTICULAR O FORMATO PARA HACER ESTO DEPENDERÁ DEL CONTEXTO PARTICULAR),
- 2A.) OFRECER APOYO Y ABIERTO POR EL DISCONFORT QUE EL PACIENTE HA LLEVADO A CABO, Y
- 3A.) PREGUNTAR AL FUMADOR SUS REACCIONES EN LA EXPERIENCIA DE TAL MANERA QUE TENGA LA OPORTUNIDAD DE ENSAYAR LA EXPERIENCIA DISPLACENTERA COGNITIVAMENTE.

ESTO ÚLTIMO PUEDE LOGRARSE POR PREGUNTAS GENERALES - COMO: "CÓMO TE SIENTES?" Ó "QUÉ ME DICES DE LO QUE FUÉ MÁS MOLESTO?" Ó "CÓMO TE AFECTÓ MÁS?", O SE PUEDE INQUIRIR MÁS ESPECÍFICAMENTE ACERCA DE CÓMO LA BOGA, GARGANTA, PULMONES Y OJOS DEL CLIENTE SE ESTÁN SINTIENDO. SENTIMIENTOS DE MAREO Y NÁUSEA SON MUY COMUNES.

NO HAY UN TIEMPO FIJO PARA EL PERÍODO DE DESCANSO, PERO SON TÍPICOS DE CUATRO A OCHO MINUTOS. EL CLIENTE --

PUEDE DESEAR UN TRAGO DE AGUA. USTED DEBE ENTONCES DECIRLE AL CLIENTE ALGO COMO LO SIGUIENTE:

PODRÍA AHORA FUMAR OTRO CIGARRO? YO SÉ QUE USTED NO QUIERE UNO, PERO SI FUERA POSIBLE QUE FUMARA UNO, USTED DEBE TENER OTRO ENSAYO.

EN GENERAL, SE DEBE ALENTAR A LOS CLIENTES PARA QUE TENGAN POR LO MENOS DOS ENSAYOS A MENOS QUE SU NIVEL DE REACCIÓN O MOLESTIA PAREZCA CLARAMENTE INDICAR LO CONTRARIO. LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL SEGUNDO ENSAYO SON MUY SEMEJANTES A LOS ANTERIORES. DESPUÉS DE QUE SE HA FINALIZADO EL SEGUNDO ENSAYO, LOS PROCEDIMIENTOS OTRA VEZ SON LOS MISMOS (RECOGER EVALUACIONES DE MALESTAR, OFRECER APOYO Y PREGUNTAR AL FUMADOR ACERCA DE SUS REACCIONES).

DEPENDIENDO DE LA INVESTIGACIÓN O CONTEXTO CLÍNICO, SE PUEDEN ESTANDARIZAR LOS ENSAYOS Y ÉSTOS PUEDEN CONSTITUIR EL FINAL DE LA PARTE DE FUMAR RÁPIDO EN LA SESIÓN. SI EL NÚMERO DE ENSAYOS ES ABIERTO, ENTONCES DISCUTIRÍA DE NUEVO CON EL CLIENTE SI PUEDE FUMAR OTRO CIGARRO. SIN EMBARGO, NO INSISTIRÍA MUCHO ESTA VEZ Y DEBE ESTAR MÁS ABIERTO A ACEPTAR EL DESEO DEL CLIENTE DE NO CONTINUAR. NOSOTROS RECOMENDAMOS UN MÁXIMO DE TRES ENSAYOS O UN TOTAL DE 15 MINUTOS DE FUMAR RÁPIDO, LO QUE OCURRA PRIMERO. EN NUESTRO TRABAJO, LOS CLIENTES TIENDEN A PROMEDIAR 2.5 ENSAYOS POR SESIÓN, Y EL PROMEDIO DE LOS ENSAYOS, SIENDO DE TRES MINUTOS CADA UNO. EL PRIMER ENSAYO ES TÍPICAMENTE EL MÁS PROLONGADO Y LOS ENSAYOS SUBSECUENTES SE HACEN

MÁS CORTOS.

EL FINAL DEL FUMAR RÁPIDO COMÚNMENTE SEÑALA EL FINAL DE LA SESIÓN COMO DE LAS OTRAS COSAS QUE SE DEBIERON HABER DISCUTIDO CON EL CLIENTE ANTES DEL FUMAR RÁPIDO. LOS EFECTOS A CORTO PLAZO DEL FUMAR RÁPIDO SON TALES QUE USTED NO DEBERÍA ESPERAR QUE LA PERSONA ESTÉ DE MUY BUEN HUMOR. TAN PRONTO COMO PAREZCA CONFORTABLE, USTED DEBE INDICAR QUE LA SESIÓN HA FINALIZADO.

ESTÉ ESPECIALMENTE SEGURO DE RECORDARLE A LA PERSONA QUE NO FUME ENTRE SESIONES.

PROGRAMACION

CUANDO COMIENZE EL TRATAMIENTO, NOSOTROS SIEMPRE PROGRAMAMOS LAS SESIONES DE FUMAR RÁPIDO EN TRES DÍAS CONSECUTIVOS Y DESPUÉS LAS HACEMOS ESPACIADAS. EL ESPACIAMIENTO PUEDE AJUSTARSE A LAS NECESIDADES PARTICULARES DEL CLIENTE O PUEDE SER FIJO.

UN EJEMPLO PODRÍA SER EL TENER SESIONES DE FUMAR RÁPIDO LOS DÍAS 1, 2, 3, 5, 8, 11 Y 15. EL NÚMERO PROMEDIO DE SESIONES POR CLIENTE HA SIDO DE 6 A 8.

NOSOTROS HEMOS USADO EL PROCEDIMIENTO CON DOS (Y TRES) CLIENTES A LA VEZ, ARREGLANDO SUS SILLAS DE TAL FORMA QUE NO SE PUEDAN DISTRAER ENTRE SÍ.

UN GRUPO DE 10 A 12 GENTES PUEDE PONERSE ENFRETE DE LA PARED, SI SE ENCUENTRA DISPONIBLE UN LUGAR ADECUADO. FINALMENTE, SE LE PUEDEN DAR AL SUJETO INSTRUCCIONES VERBALES O PREFERIBLEMENTE ESCRITAS PARA SESIONES DE AUTO-ADMINISTRACIÓN EN CASA, ESPECIALMENTE DESPUÉS DE HABERSE RETIRADO DEL PROCEDIMIENTO EN LA CLÍNICA. LICHTENSTEIN, INSTRUTIVO NO PUBLICADO (1975).

FORMA DE SELECCION MEDICA

- 1) - ESTÁ USTED ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO
REGULAR DE UN MÉDICO ? Si ___ No ___
SI ESTÁ, POR QUÉ PROBLEMA ? _____
- 2) - HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ:
- A) - UN ATAQUE CARDIACO. Si ___ No ___
- B) - UNA INDICACIÓN DE PROBLEMA DE SALUD. Si ___ No ___
- C) - UN PARO CARDÍACO. Si ___ No ___
- D) - ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA. Si ___ No ___
- E) - RESPIRACIÓN MUY CORTADA CUANDO SUBE
ESCALERAS. Si ___ No ___
- F) - EFISEMA. Si ___ No ___
- G) - TUBERCULOSIS. Si ___ No ___
- H) - BRONQUITIS. Si ___ No ___
- I) - FLUJO SANGUÍNEO DECREMENTADO A SUS
MIEMBROS. Si ___ No ___
- J) - DIABETES. Si ___ No ___
- K) - ASMA. Si ___ No ___
- 3) - SABE USTED SI FALLA SU SALUD DE ALGUNA
MANERA ? Si ___ No ___
- 4) - HAN TENIDO SUS PADRES U OTROS PARIENTES
GERCANDS ENFERMEDADES CARDIACAS O DIA-
BETES ? Si ___ No ___
- 5) - EN CUALQUIER PREGUNTA EN QUE USTED RES-
PONDÍÓ SI, DÉ UNA BREVE DESCRIPCIÓN Y
LA FECHA APROXIMADA. _____

PROPOSICION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LOS FUMADORES

LEA POR FAVOR LOS SIGUIENTES MATERIALES CUIDADOSAMENTE. CONTIENEN UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EL CUAL USTED HA ESCOGIDO SER VOLUNTARIO, UNA DESCRIPCIÓN DEL DESCONFORT Y RIESGOS Y BENEFICIOS QUE PODRÍAN ESTAR IMPLICADOS, Y UNA DESCRIPCIÓN DE ALGUNAS OTRAS ALTERNATIVAS.

SIÉNTASE LIBRE DE PREGUNTAR CUALQUIER CUESTIÓN ACERCA DE CUALQUIER MATERIAL CONTENIDO AQUÍ. CUANDO SIENTA QUE ENTENDIÓ EL EXPERIMENTO Y SI USTED ESTÁ DESEOSO DE PARTICIPAR, POR FAVOR FIRME EN EL ESPACIO INDICADO.

LINEAMIENTO GENERAL DEL PROYECTO

ESTE ES UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE TAMBIÉN TIENE COMO META AYUDARLO EN EL CONTROL DE SU CONDUCTA DE FUMAR. DEBIDO A LA NATURALEZA DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO, ES IMPORTANTE QUE SEA CUIDADOSO Y HONESTO EN RESPONDER A TODOS LOS QUESTIONARIOS DEL PROYECTO. SU OBLIGACIÓN ES PROVEERNOS SINCERAMENTE LOS DIFERENTES TIPOS DE INFORMACIÓN QUE LE PEDIMOS Y SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS DEL TRATAMIENTO DE LA FORMA EN QUE MEJOR LO HAGA. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS DÉ, SE MANTENDRÁ CONFIDENCIALMENTE Y SERÁ ACCESIBLE SÓLAMENTE AL PERSONAL AUTORIZADO DEL PROYECTO. NUESTRA OBLIGACIÓN ES TRATAR DE AYUDARLO A CONTROLAR SU -

FUMAR CON SU MAYOR ESFUERZO DENTRO DE LOS LÍMITES DEL --
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. SE LE PEDIRÁ QUE DEJE UN DE-
PÓSITO MONETARIO EL CUAL LE SERÁ REGRESADO AL FINAL DE
SU PERÍODO DE PARTICIPACIÓN. ESTE DEPÓSITO ES PARA AYU-
DAR A ASEGURARNOS QUE USTED CONTINUARÁ CON EL PROGRAMA.
USTED PUEDE AÚN ABANDONAR EL PROGRAMA Y PUEDE TENER SU --
DEPÓSITO DE NUEVO, SI PRIMERO DISCUTESUS RAZONES POR LAS
CUALES LO HACE, CON UN MIEMBRO DEL PERSONAL.

EL PROPÓSITO DEL PROYECTO ES COMPARAR LA EFECTIVIDAD
DE VARIOS MÉTODOS DIFERENTES PARA PRODUCIR UNA CESA--
DURADERA Y REDUCCIÓN DEL FUMAR.

TODOS LOS PARTICIPANTES RECIBIRÁN UN PROGRAMA DE TRA-
TAMIENTO BÁSICO, EL CUAL SE HA ENCONTRADO QUE ES MUY EFEC-
TIVO EN RELACIÓN A OTROS MÉTODOS CONOCIDOS.

ESTAMOS INTERESADOS EN COMPARAR DIFERENTES FORMAS DE
MEJORAR MÁS LA EFECTIVIDAD DE ESTE PROGRAMA BÁSICO, POR --
LO TANTO, ADEMÁS DE ESTE TRATAMIENTO BÁSICO, USTED RECIBI-
RÁ POR LO MENOS UNO DE LOS OTROS COMPONENTES DEL TRATA--
MIENTO, EL CUAL ENFATIZARÁ EL MANTENIMIENTO DE LA CESA--
CIÓN DE FUMAR QUE USTED HA LOGRADO A TRAVÉS DEL PROGRAMA
BÁSICO. POR EL MONETO, NO TENEMOS CONOCIMIENTO DE CUÁLES
CLAVES SON MÁS O MENOS VALIOSAS. NOSOTROS CREEMOS, EN --
PRINCIPIO, QUE TODO PUEDE SER DE BENEFICIO. HABRÁ ALGUNA
TAREA O PROCEDIMIENTO PARA QUE USTED LOS LLEVE A CABO EN
GASA. DESPUÉS DE QUE SU TRATAMIENTO HAYA TERMINADO, CON-
TINUAREMOS ESTANDO EN CONTACTO CON USTED PARA AVERIGUAR

CÓMO LO ESTÁ HACIENDO.

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS SE LE EXPLICARÁN COMPLETAMENTE EN LA MEDIDA EN QUE AVANDEMOS.

EL PROCEDIMIENTO BÁSICO QUE ESTAREMOS USANDO INCLUIRÁ EL QUE TENGA QUE FUMAR RÁPIDA Y CONTINUAMENTE HASTA -- QUE EL ACTO DE FUMAR SE HAGA MUY MOLESTO. DICHO PROCEDIMIENTO TIENE COMO META AYUDARLO A CONTROLAR EL FUMAR, HACIENDO DISPLACENTERO EL ACTO DE FUMAR Y SUS CLAVES ASOCIADAS. EL FUMAR RÁPIDO LLEVARÁ INCOMODIDAD Y TAMBIÉN -- IMPLICA UN GRADO DE RIESGO.

INCOMODIDAD

EL PROCEDIMIENTO LE CAUSARÁ DISCONFORT CONSIDERABLE DE HECHO TIENE QUE SER DISPLACENTERO PARA QUE FUNCIONE. GENTE MUY DIFERENTE REACCIONA DE MANERA MUY DIFERENTE. ALGUNOS SE MAREAN, A OTROS LES DAN NÁUSEAS. UNOS CUANTOS PUEDEN VOMITAR, AUNQUE NOSOTROS QUEREMOS QUE PARE ANTES DE QUE ESTO SUCEDA. PUEDE OCURRIR IRRITACIÓN DE LA GARGANTA, PECHO, LENGUA Y OJOS. SU ROPA Y PELO OLERÁN.

RIESGO

EL FUMAR RÁPIDO -- HACIENDO UNA BOCADADA CADA SEIS SEGUNDOS -- INCREMENTARÁ CONSIDERABLEMENTE SU CONSUMO DE NICOTINA.

EL EFECTO DE ESTE CONSUMO DE NICOTINA INCREMENTAZA BERÁ QUE SU RITMO CARDIACO AUMENTE CONSIDERABLEMENTE, -- POR LO TANTO PRESENTANDO UNA TENSIÓN INMEDIATA EN SU SIS-

TEMA CARDIOVASCULAR. ESTA TENSIÓN CARDIOVASCULAR PUEDE SER PELIGROSA PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIACAS. ES POR ESO QUE NOSOTROS LE HICIMOS UNA SERIE DE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN MÉDICA.

SI USTED TIENE UNA ENFERMEDAD CARDIACA O VASCULAR, EL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO NO ES APROPIADO PARA USTED Y NO DEBE PARTICIPAR EN NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FORMAL.

MIENTRAS QUE EXISTE MUCHO MENOS RIESGO IMPLICADO PARA LAS PERSONAS SIN HISTORIA DE ENFERMEDAD CARDIACA O VASCULAR DEBE ENFATIZARSE QUE SUBSISTE ALGÚN GRADO DE RIESGO. USTED O SU DOCTOR PUEDEN NO ESTAR CONSCIENTES DE LA PRESENCIA DE ALGÚN DESORDEN QUE PUEDE REACCIONAR NEGATIVAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO. ES POR ESO QUE NOSOTROS QUEREMOS QUE USTED CONSIDERE ESTE PROBLEMA Y TAMBIÉN PEDIRLE QUE CONSULTE A SU MÉDICO ANTES DE PARTICIPAR.

PARA DABLE A USTED (Y A SU DOCTOR) MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DEL RIESGO POTENCIAL IMPLICADO, HEMOS ADJUNTADO UNA COPIA DE UN ARTÍCULO HECHO POR UN DOCTOR Y UN COMENTARIO EN ESE ARTÍCULO. ESTE MATERIAL ES BREVE Y DEBE LEERLO ANTES DE ACORDAR PARTICIPAR. TAMBIÉN PODRÍA CONSIDERAR OTRAS FORMAS DE DETENER EL FUMAR, QUE NO INVOLUEN EL RIESGO DEL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO. ESTOS SE DESCRIBEN EN UNA HOJA ADJUNTA.

SI USTED DESEA PARTICIPAR, DEBE FIRMAR ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, Y COMO SU SIGUIENTE PASO, LLEVAR

LA FORMA ADJUNTA A SU DOCTOR PARA SU REVISIÓN Y FIRMA.

ESTA FORMA DEL DOCTOR, COMO USTED VERÁ, ES DE ALGUNA FORMA SIMILAR A LA QUE USTED ACABA DE LEER. LE DÁ A SU DOCTOR UNA DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y PRESENTA UN POCO MÁS DE INFORMACIÓN TÉCNICA ACERCA DE LOS EFECTOS DEL FUMAR RÁPIDO Y ALGUNAS DE LAS IMPLICACIONES POSIBLES.

DESPUÉS SE LE PIDE QUE CONSIDERE SU ESTATUS MÉDICO E INDICAR SU JUICIO, COMO TAMBIÉN SI USTED TIENE ALGUNA CONDICIÓN QUE DESCARTA SU PARTICIPACIÓN.

SU DOCTOR, POR SUPUESTO, PUEDE QUERER EXAMINARLO O CONDUCTIR ALGUNAS PRUEBAS ANTES DE OFRECER ESTE JUICIO.

LOS ARTÍCULOS ADJUNTOS SOBRE LOS RIESGOS DEL FUMAR RÁPIDO TAMBIÉN SERÁN PRESENTADOS PARA LA INFORMACIÓN DE SU DOCTOR.

NOSTROS CREEMOS QUE EL GRADO DE RIESGO ES MUY PEQUEÑO Y SE COMPENSA POR LAS VENTAJAS POSIBLES DE QUE OBTENGA AYUDA EN CONTROLAR SU FUMAR. SI USTED NO DESEA LLEVAR A CABO EL FUMAR RÁPIDO, O SI SU DOCTOR CREE QUE USTED NO DEBERÍA, LO AYUDAREMOS CON SU FUMAR DE ALGUNA OTRA MANERA.

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HE LEÍDO LA DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DEL FUMAR Y ENTENDIENDO EL DESCONFORT Y RIESGO IMPLICADO. ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR Y COOPERAR CON MI MAYOR ESFUERZO.

FECHA

FIRMA

FORMA DE APROBACIÓN DEL DOCTOR

-----, HA SIDO VOLUNTARIO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO COMPARAR MÉTODOS DIFERENTES DE CONTROL DE HÁBITO DE FUMAR. BASADOS EN NUESTRA INVESTIGACIÓN ANTERIOR, PENSAMOS QUE EXISTE UNA MUY BUENA OPORTUNIDAD DE QUE EL PROYECTO LO (A) AYUDARÁ A CESAR DE FUMAR. UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS A USARSE, SIN EMBARGO, IMPLICA UN GRADO PEQUEÑO DE RIESGO, Y ES EN ESTE SENTIDO QUE LE HEMOS PEDIDO QUE CHEQUE CON USTED Y ASEGURE SU APROBACIÓN.

UNA PARTE DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO SERÁ UN PROCEDIMIENTO AVERSIVO QUE NOSOTROS LLAMAMOS "FUMAR RÁPIDO". SE LE PIDE AL FUMADOR QUE PRENDA UN CIGARRO Y QUE LO FUME RÁPIDAMENTE (UNA BOCANADA CADA SEIS SEGUNDOS) Y CONTINUAMENTE HASTA QUE EL/ELLA NO PUEDA FUMAR MÁS. UNA PERSONA DETERMINADA PODRÍA FUMAR DOS O CUATRO CIGARROS DE ESTA MANERA ANTES DE ESTABLECER SU LÍMITE DE TOLERANCIA. DESPUÉS DE UN BREVE DESCANSO SE LE PEDIRÁ COMÚNMENTE AL FUMADOR QUE HAGA OTRO ENSAYO DE ESTE TIPO. LOS PARTICIPANTES EN NUESTRO PROGRAMA PUEDEN LLEVAR A CABO CUANDO MUCHO, UNAS SEIS SESIONES DE ESTA CLASE, AUNQUE NO MÁS DE UNA EN UN DÍA DETERMINADO.

HEMOS ENCONTRADO QUE ESTE PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO ES MUY EFECTIVO EN PRODUCIR CESACIÓN INMEDIATA Y A CORTO PLAZO Y NUESTRO PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN ESTÁ DESTINADO PARA AÑADIR OTROS COMPONENTES DE TRATAMIENTO PARA

ÉL, CON EL OBJETO DE INCREMENTAR NUESTRA TASA DE ÉXITO. NOSOTROS Y OTROS INVESTIGADORES, HEMOS USADO ESTE PROCEDIMIENTO EN CIENTOS DE PERSONAS, SIN EL CONOCIMIENTO ALGUNO DE EFECTOS DAÑINOS. SIN EMBARGO, ESTE PROCEDIMIENTO LLEVA UNA INGESTIÓN CONSIDERABLE DE NICOTINA EL CUAL TENSIONARÁ EL SISTEMA CARDIOVASCULAR. POR LO TANTO, NOSOTROS DESEAMOS EXCLUIR A CUALQUIER PERSONA CON UNA HISTORIA DE ENFERMEDAD CARDIACA, VASCULAR O DIABETES.

ALREDEDOR DEL 90% DE LA NICOTINA EN EL TABACO SE ABSORBE EN EL CUERPO CUANDO SE FUMA. EXISTE UNA ACELERACIÓN INMEDIATA, EN LOS LATIDOS CARDIACOS, POR MINUTO Y PRESIÓN SANGUÍNEA ARTERIAL. LA PRODUCCIÓN DE EPINEFRINA Y NOREPINEFRINA ES ESTIMULADA POR LA NICOTINA COMO EN LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDOS GRASOS LIBRES. ESTOS HALLAZGOS SOBRE SUJETOS HUMANOS, ESTÁN RESUMIDOS EN UN CAPÍTULO INTITULADO "TOBACCO AND THE CARDIOVASCULAR SYSTEM" IN THE HEART, J. WILLIS HURST, M. D. (ED.), MO GRAW-HILL, 1974.

ESTA FUENTE TAMBIÉN NOTA QUE EN LOS ANIMALES LA INHALACIÓN DEL HUMO DEL CIGARRO, ES SEGUIDO POR UNA "REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA Y PROLONGADA DEL UMBRAL PARA LA FIBRILACIÓN ARTICULAR." NO EXISTEN EPISODIOS REPORTADOS DEL FUMAR REGULAR Y EL FUMAR RÁPIDO QUE PRODUZCAN SÍNTOMAS CARDIACOS O VASCULARES PRECISOS EN LOS HUMANOS.

ADJUNTO AL PRESENTE SE ENCUENTRA UNA COPIA DE UN ARTÍCULO HECHO POR UN MÉDICO Y UNA RÉPLICA AL ARTÍCULO, EL CUAL REPRESENTA INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LOS RIESGOS

DEL FUMAR RÁPIDO. TAMBIÉN SE ENCUENTRAN ADJUNTAS FIGURAS DE DOS ESTUDIOS RECIENTES QUE EVALUARON LOS EFECTOS DEL FUMAR RÁPIDO SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR. LOS SUJETOS EN LOS DOS EXPERIMENTOS FUERON RELATIVAMENTE JÓVENES Y LAS MEDIDAS NO REFLEJARON TODOS LOS PARÁMETROS IMPORTANTES.

DADOS ESTOS REQUISITOS, AMBOS ESTUDIOS MOSTRARON QUE EL FUMAR RÁPIDO PRODUCE CAMBIOS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EN LA TASA CARDIACA, PERO LA MAGNITUD DE LOS CAMBIOS APARECIERON, ENTRE LOS LÍMITES DE SEGURIDAD ESTAR BIEN.

EN EL ESTUDIO EN QUE SE ESTIMÓ INCREMENTOS EN CARBOXIMEMOGLOBINA DEL FUMAR RÁPIDO, NO FUERON SIGNIFICATIVAMENTE MAYORES QUE DEL FUMAR NORMAL.

NOSOTROS LE PEDIMOS QUE REVISE LA INFORMACIÓN SOBRE SU PACIENTE, CONDUZCA CUALQUIER EXAMINACIÓN POSTERIOR QUE USTED PIENSE QUE ES NECESARIA Y ENTONCES NOS INDIQUE SI PIENSA QUE ESTA PERSONA TIENE ALGUNA CONDICIÓN QUE CONTRAINDICARÍA EL USO DE FUMAR RÁPIDO. SI EXISTEN BASES MÉDICAS PARA QUE ESTA PERSONA NO LLEVE A CABO EL FUMAR RÁPIDO, NUESTRO PROYECTO TAMBIÉN INTENTARÍA ASISTIRLO EN CESAR EL FUMAR.

ESTAMOS TRATANDO DE DESARROLLAR ALTERNATIVAS AL FUMAR RÁPIDO, PERO TODAVÍA ESTOS OTROS MÉTODOS ESTÁN RELATIVAMENTE PRUBADOS.

POR FAVOR SIÉNTASE LIBRE DE CONTACTAR CON NUESTRO --

PROYECTO SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA.

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

PARA MI CONOCIMIENTO, ESTE PACIENTE NO TIENE CONTRA-
INDICACIÓN MÉDICA PARA LLEVAR A CABO EL FUMAR RÁPIDO COMO
ESTÁ ARRIBA DESCRITO.

FECHA

_____ M.D.

COMENTARIO

EL FUMAR RÁPIDO COMO TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS:

- PRECAUCIÓN EN LA SELECCIÓN DE SUJETOS:-

RECIENTEMENTE HE ESTADO IMPLICADO EN LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR, Y EL ARTÍCULO DE LICHTENSTEIN, HARRIS, BIRCHER, WAHL Y SCHMAL (1973) EN EL JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY DEL MES DE FEBRERO, -- LLAMÓ MI ATENCIÓN. LOS AUTORES RECOMENDARON EL ESTUDIO Y USO DE UNA TÉCNICA LA CUAL DE HECHO PUEDE TENER CONSECUENCIAS FATALES PARA ALGUNAS GENTES, Y SE NECESITA MUCHO CUIDADO AL APLICARLA.

ESPECÍFICAMENTE EL FUMAR RÁPIDO COMO UN MÉTODO DE TERAPIA DE AVERSIÓN DEBE SER SERIAMENTE CUESTIONADO, DEBIDO A SUS EFECTOS POTENCIALMENTE DAÑINOS QUE PUEDE TENER SOBRE ALGUNAS GENTES CON ENFERMEDADES ARTERIALES CORONARIAS AVANZADAS. LOS AUTORES SUGIEREN QUE LA TÉCNICA PUEDE SER VÁLIDA EN EL AMBIENTE CLÍNICO. SIN EMBARGO, A MENOS DE QUE SE CESEN TÉCNICAS DE SELECCIÓN EXTENSAS PARA EVALUAR A CADA PARTICIPANTE ANTES DE LA TERAPIA AVERSIVA, EL PROCEDIMIENTO PODRÍA POSIBLEMENTE PRECIPITAR UN ATAQUE CARDIACO FATAL.

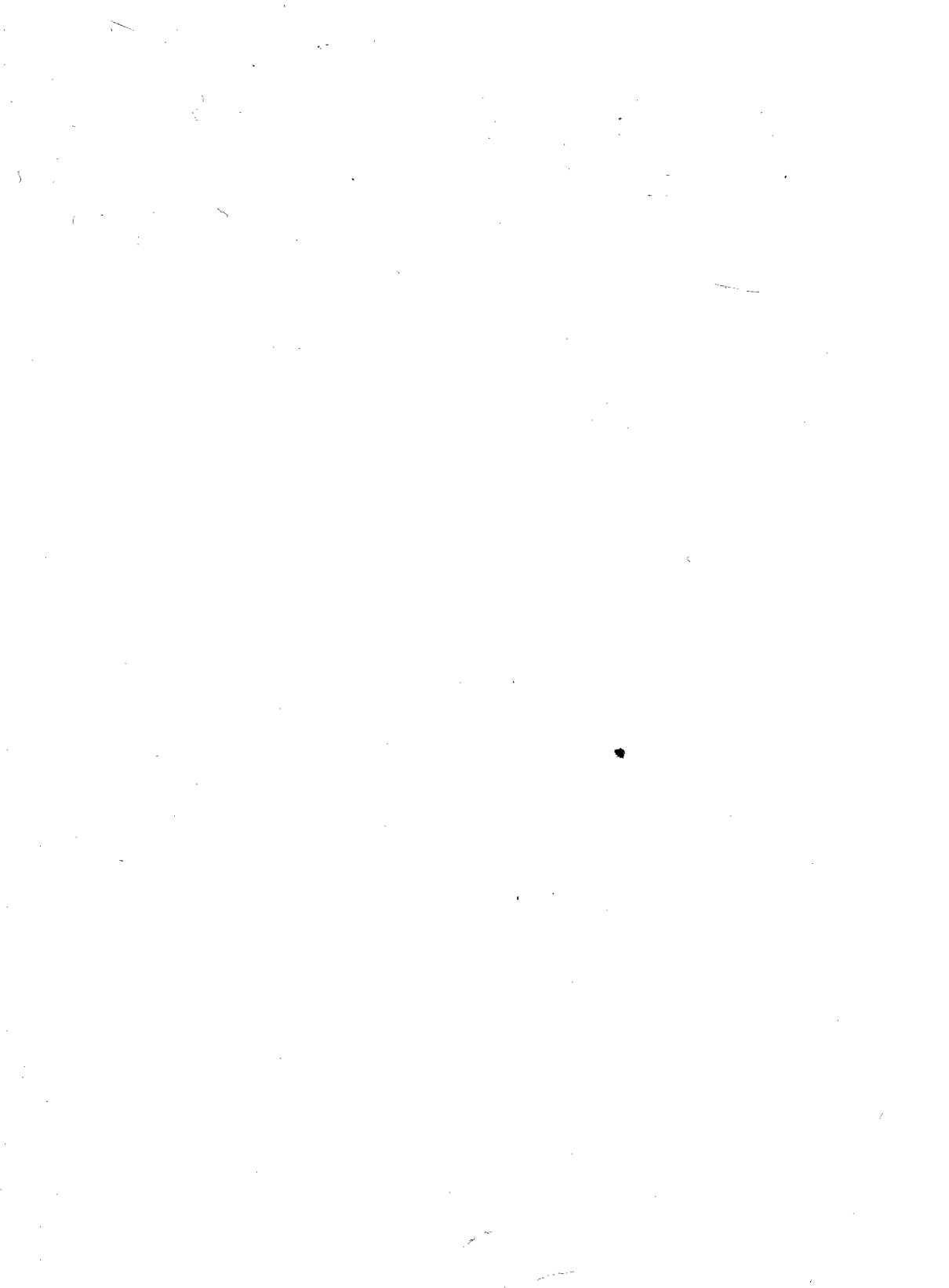
LA ESCASA EDAD JOVEN DE MUCHOS SUJETOS USADOS EN LOS EXPERIMENTOS ACTUALES, CON ESTE MÉTODO, NO ES GARANTÍA DE AUSENCIA DE COMPLICACIONES POSIBLES. VARIOS ARTÍCULOS -- (ENOS, HOLMES, Y BEYER 1953; MC NAMARA Y COL. 1971) EN LA LITERATURA MÉDICA DE LOS ESTADOS UNIDOS, MUESTRA QUE

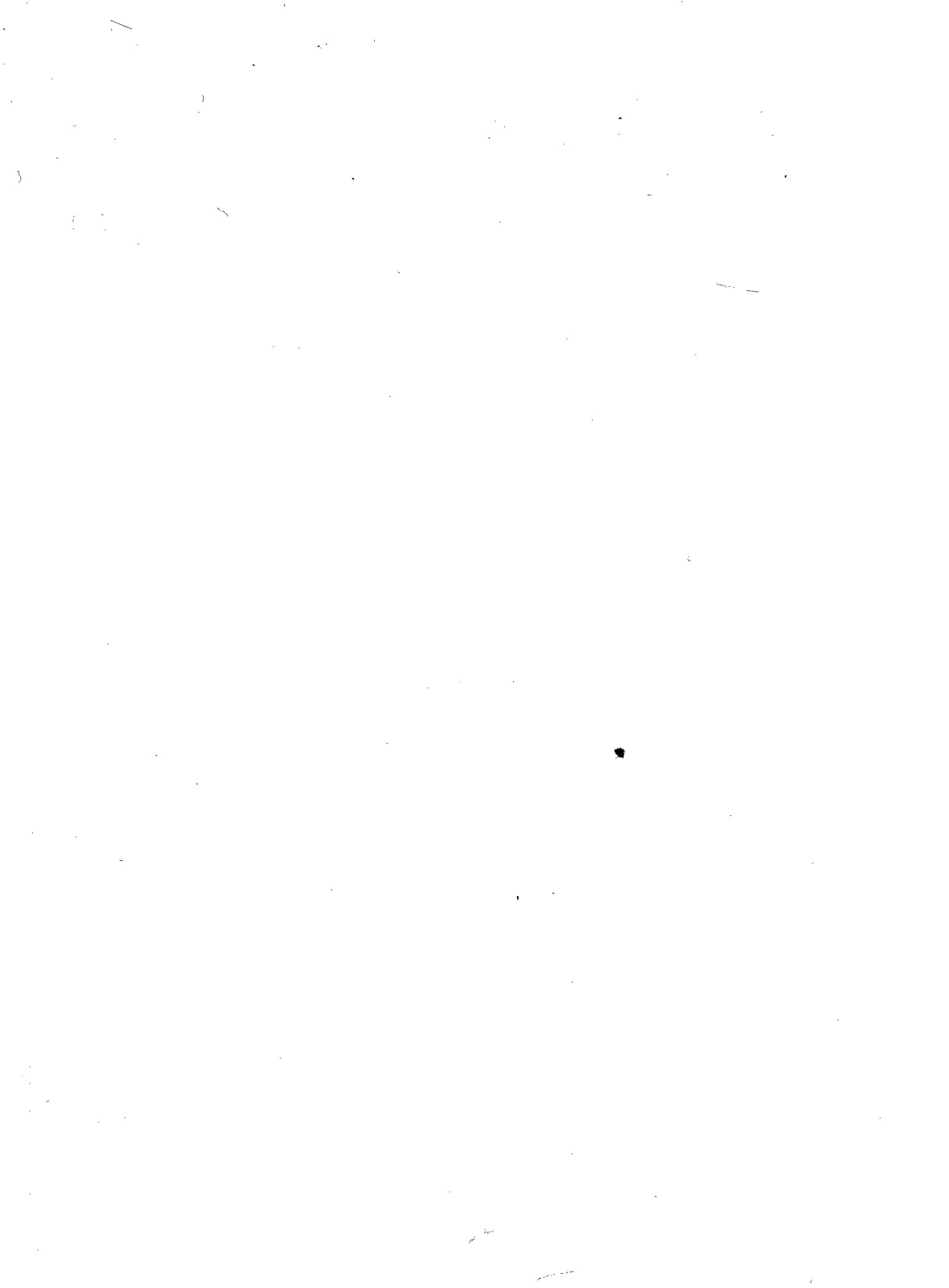
UNA CANTIDAD COMO DE 75% DE HOMBRES EN SUS 20 SUJETOS, YA HAN DESARROLLADO LESIONES ARTERIALES CORONARIAS DETECTABLES, ALGUNOS DE ELLOS DE PROPORCIONES SERIAS, AÚN EN LOS SUJETOS QUE SON ASINTOMÁTICOS. MÁS AÚN, LA EDAD MEDIA REPORTADA EN EL ESTUDIO DE LECHTENSTEIN Y COL. FUE DE 32.2, POR LO TANTO LA MAYORÍA DE LOS SUJETOS ESTABAN ENTRE EL RANGO DE EDAD DE UNA POSIBLE ENFERMEDAD CORONARIA.

MIENTRAS QUE EL MÉTODO PROBABLEMENTE NO AFECTARÍA CON SERIEDAD A LA GENTE SIN ENFERMEDAD CORONARIA, DEBE NOTARSE QUE EL FUMAR RÁPIDO PUEDE LLEVAR A LA ABSORCIÓN DE CANTIDADES INCREMENTADAS DE NICOTINA EN EL SISTEMA.

ESTO A SU VEZ PUEDE INDUCIR, AÚN EN UN SUJETO COMPLETAMENTE SANO, ARRITMIAS CARDIACAS QUE BAJO CIERTAS CONDICIONES PUEDEN LLEVAR A LA MUERTE. EN BASE A LA ÉTICA, POR LO TANTO, DEBO CONDENAR EL USO SUBSECUENTE DE LA TÉCNICA EN LOS ESTUDIOS DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR, A MENOS QUE SE LES DÉ A LOS SUJETOS UNA ACLARACIÓN ADECUADA Y UNA EVALUACIÓN MÉDICA.

ROBERT HAUSER. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSITY OF NEVADA, RENO.





LICHTENSTEIN REPLICA:

HAUSER (1974) HA SEÑALADO CORRECTAMENTE LA NECESIDAD DE SELECCIONAR ANTES DE USAR EL FUMAR RÁPIDO, Ó LOS PROCEDIMIENTOS MUY RELACIONADOS DE SAGIACIÓN Y JADEO DE HUMO DE CIGARRO, PROCEDIMIENTOS MUY RELACIONADOS.

EN NUESTRO TRABAJO RECIENTE CON EL FUMAR RÁPIDO, TODOS LOS SUJETOS LLENAN UN QUESTIONARIO QUE INCLUYE PREGUNTAS QUE PERTENECEN A LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y CARDÍACOS. A CUALQUIERA QUE REPORTE ESOS SÍNTOMAS, SE LE PIDE QUE OBTenga EL PERMISO DE SU DOCTOR ANTES DE PARTICIPAR EN NUESTRO PROGRAMA.

YO NO PUEDO RECORDAR ALGUNA RECOMENDACIÓN FÍSICA QUE VAYA EN CONTRA DE LA PARTICIPACIÓN.

NOSOTROS NO HEMOS DESCRITO O RECOMENDADO PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN EN NUESTRO TRABAJO PUBLICADO, AUNQUE YO LO HE HECHO EN PRESENTACIONES ORALES Y CORRESPONDENCIA INFORMAL.

SE ESPERA QUE LOS INVESTIGADORES Y CLÍNICOS QUE USAN AVERSIÓN FÍSICA, TOMEN PRECAUCIONES NECESARIAS COMO CURSO A SEGUIR. EL USO DE CHOQUE ELÉCTRICO TAMBIÉN REQUIERE SELECCIÓN DE SÍNTOMAS CARDÍACOS, PERO ESTO ES MENCIONADO RARAMENTE EN EL TRABAJO PUBLICADO. EL COMENTARIO DE HAUSER SIRVE COMO UNA ÚTIL CORRECCIÓN A NUESTRA OMISIÓN DE LA NECESIDAD DE UN PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN.

EN MI OPINIÓN, SIN EMBARGO, HAUSER HA DRAMATIZADO EL

GRADO DE RIESGO IMPLICADO Y ME TEMO QUE EL TONO DE SU COMENTARIO (POR EJEMPLO: "TÉCNICAS DE SELECCIÓN EXTENSIVAS") PUEDE IMPRESIONAR A LOS INVESTIGADORES, DE TAL FORMA QUE, ABANDONEN UN MÉTODO QUE HA MOSTRADO PROMESA (EN VARIOS ESTUDIOS ADEMÁS DE NUESTRO PROPIO TRABAJO) Y QUE PUEDE APLICARSE CON SEGURIDAD. LOS PROYECTOS Y SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN CON LOS QUE HE ESTADO ASOCIADO, HAN TRATADO APROXIMADAMENTE A 270 FUMADORES CON EL PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO. ADEMÁS, OTROS INVESTIGADORES NUMEROSOS HAN USADO EL FUMAR RÁPIDO (BEST, 1973; LANDO, 1972; LUBLIN Y BARRY, 1973; LUBLIN Y JOSLYN, 1968; MORROW SACHS, GWEINDER Y -- PURGESS, 1973), O SACIACIÓN (BEST Y STEFFY, 1972; CLAIBON LEWIS Y HUMBLE, 1972; KEUTZER, 1968; MORRONE, MERSKAMER Y SALZBERG, 1970; MARSTON Y MC FALL, 1971; MC CALLUM, 1971, RESNCH, 1968 A; 1968 B, SUSHINSKY, 1972), CON MUCHOS CIENTOS DE FUMADORES DE DIFERENTES EDADES. NO ESTOY INFORMADO DE NINGÚN EFECTO LATERAL SERIO QUE HAYA RESULTADO DE ESTE TRABAJO.

PARECE HABER UNA DIVERSIDAD DE OPINIÓN CONSIDERABLE REFERENTE AL RIESGO DEL FUMAR RÁPIDO Y EL GRADO REQUERIDO DE SELECCIÓN. SUGIERO QUE LOS USUARIOS POTENCIALES DEL MÉTODO CONSULTEN A SUS CONSEJEROS MÉDICOS ---Y DONDE SEA APROPIADO A LOS COMITÉS DE REVISIÓN DE PROTECCIÓN A LOS SUJETOS HUMANOS--- CON EL OBJETO DE SELECCIONAR UN CURSO APROPIADO DE ACCIÓN.

ENSAYOS:- 127.

SESIÓN:-

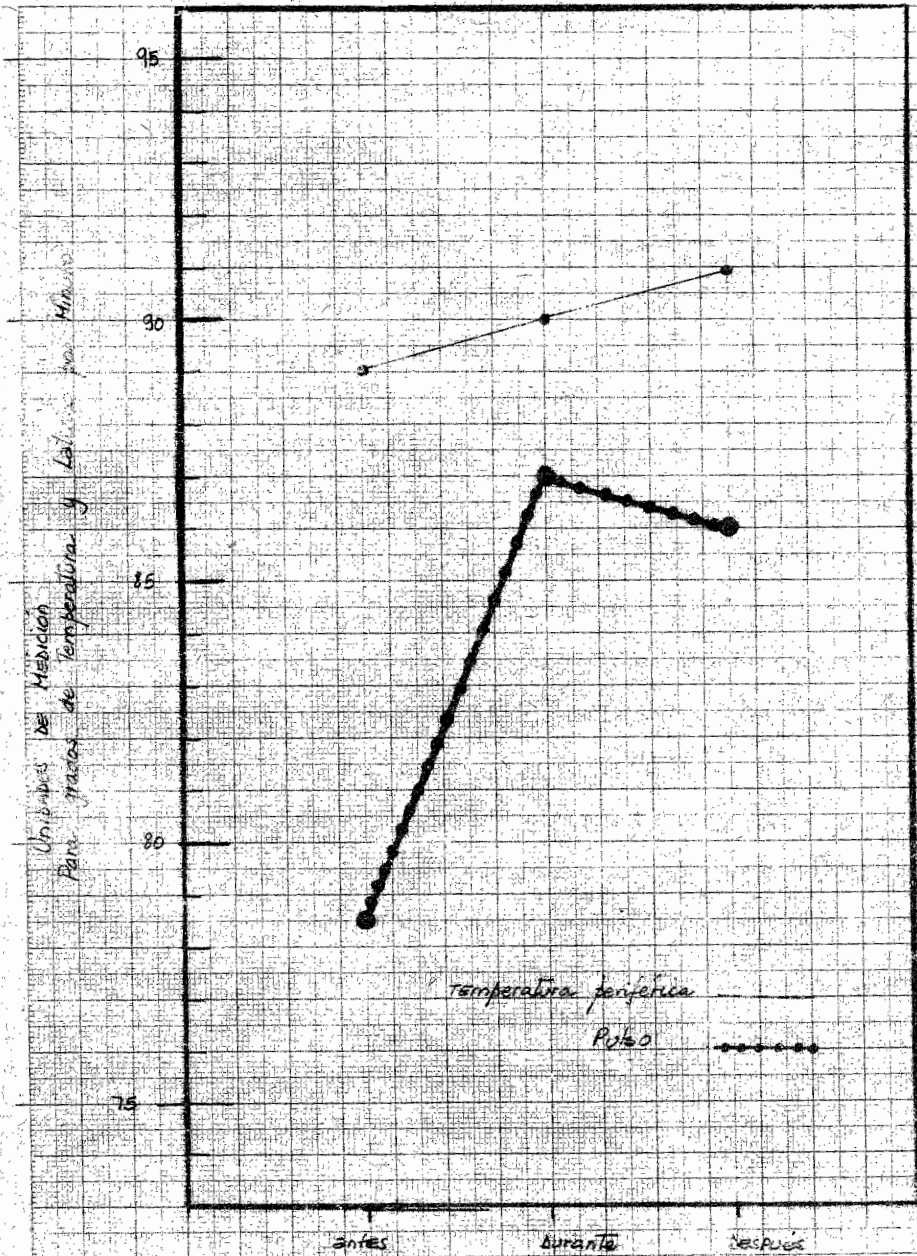
CÓDIGO:-

LISTA DE CONDUCTAS NEGATIVAS

EN LA LISTA QUE SIGUE ENCONTRARÁ UNA CANTIDAD DE CONDUCTAS NEGATIVAS POSIBLES. QUEREMOS QUE INDIQUE AQUELLAS CONDUCTAS QUE USTED EXPERIMENTÓ DURANTE EL ENSAYO QUE ACABA DE FINALIZAR. CONSIDERE SUS SENTIMIENTOS MUY GUIDADAMENTE Y CHEQUE (V) EL ESPACIO DE LA IZQUIERDA DE LAS CONDUCTAS APROPIADAS.

NO TRATE DE HACER SU EXPERIENCIA ALGO MEJOR O PEOR DE LO QUE REALMENTE FUÉ. (NOTA: LAS CONDUCTAS NO ESTÁN ENLISTADAS EN ALGÚN ORDEN DE SEVERIDAD).

- 1.- BOCA SECA.
- 2.- LENGUA ESCALDADA.
- 3.- GARGANTA SECA.
- 4.- DOLOR DE GARGANTA.
- 5.- PULMONES IRRITADOS.
- 6.- OJOS IRRITADOS.
- 7.- OJOS LLOROSOS.
- 8.- UNA SENSACIÓN DE VACÍO EN EL ESTÓMAGO.
- 9.- SENSACIÓN DE MALESTAR EN EL ESTÓMAGO.
- 10.- MAREO.
- 11.- LATIDOS VIOLENTOS EN EL CORAZÓN.
- 12.- HORMIGUEO EN LAS EXTREMIDADES.

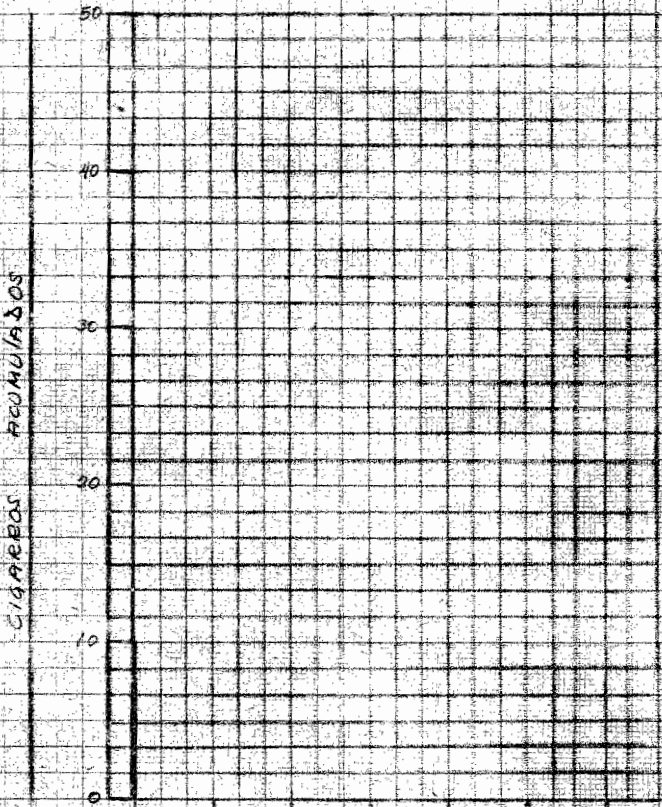


PROCEDIMIENTO DE FUMAR RÁPIDO

Temperatura periférica promedio y tasa de latidos tomadas antes, durante, y después del fumar rápido (10 sujetos) de From, Hydn, G. W., Severson, H. H., y O'Neal, M. Tensión Cardiovascular durante el procedimiento de fumar rápido.

REGISTRO DEL FUMAR

Fecha :



6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
AM PM AM

B I B L I O G R A F I A

- AXELROD, S. HALL V. WEIS LYNN, ROHBER S. USE OF SELF IMPOSED CONTINGENCIES TO REDUCE THE FREQUENCY OF SMOLING BEHAVIOR EN MAHONEY Y THORESEN SELF CONTROL POWER TO THE PERSON CALIFORNIA, Ed. BROOKS COLE 1974 PÁG. 77-87
- AZRIN, N. A. Y POWELL, L. BEHAVIORAL ENGINEERING: THE REDUCTION OF SMOKING BY A CONDITIONING APPARATUS AND PROCEDURE. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIORAL ANALYSIS, 1968, 1, 193-200
- BANDURA, A. PRINCIPLES OF BEHAVIOR MODIFICATION NEW YORK: HOLT, RINEHART AND WISTON, 1969
- BERNSTEIN, DOUGLAS A. THE MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR AN EVALUATIVE REVIEW EN HUNT W. A. LEARNING MECHANISMS IN SMOKING, CHICAGO, EDITORIAL ALDINE 1970, PÁG. 3-41
- CASTRO, LUIS DISEÑO EXPERIMENTAL SIN ESTADÍSTICA: USOS Y RESTRICCIONES EN SU APLICACIÓN A LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA, MÉXICO ED. TRILLAS, 1975
- CAUTELA, J. R. TREATMENT OF SMOKING BY COVERT SENSITIZATION PSYCHOLOGICAL REPORTS, 1970, 26, 415-420
- CAUTELA, JOSEPH R. RATIONALE AND PROCEDURES FOR COVERT CONDITIONING EN RUBIN D. R., FENSTERHEIM H. HENDERSON, JOHN D. ULLMAN L.P. (EDS) ADVANCES IN BEHAVIOR THERAPY, NEW YORK ACADEMIC PRESS 1972, PÁGS. 85-96
- CHAPMAN, R.F. SMITH J.B. Y LAYDEN, T. A. ELIMINATION OF CIGARETTE SMOKING BY PUNISHMENT AND SELF-MANAGEMENT TRAINING, BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, 1971, 9, 225-265

CRAIGHEAD, KAZDIN Y
MAHONEY

BEHAVIOR MODIFICATION: PRINCIPLES,
ISSUES AND APPLICATIONS, BOSTON,
HOUGHTON MIFFLIN 1976

CURTIS, BILL; SIMPSON
D. DWAYNE COLE G.
STEVEN

RAPID PUFFING AS A TREATMENT
COMPONENT OF A COMMUNITY SMOKING
PROGRAM, TEXAS CHRISTIAN UNIVERSITY,
INSTITUTE OF BEHAVIORAL RESEARCH
IBR REPORT No. 73-32 NOVIEMBRE, --
1973

DANAHER, BRIAN G.

COVERANT CONTROL OF CIGARETTE
SMOKING, EN KRUMBOLTS J.D. Y THOREN-
SEN C.E. COUNSELING METHODS. U.S.A.
HOLT RINEHART AND WISTON, INC. 1976

EPSTEIN, L.H. Y
MC COY J.F.

ISSUES IN SMOKING CONTROL, ADDICTIVE
BEHAVIORS 1975, 1, PÁG. 65-72

FERSTER, CHARLES B.

COMMENTS ON PAPER BY HUNT Y MATARA-
ZZO, EN M.A. HUNT (ED), LEARNING
MECHANISM IN SMOKING. CHICAGO;
ALDINE, 1970, PÁG. 91-102

FLAXMAN, JUDITH

QUITTING SMOKING EN CRAIGHEAD,
KAZDIN MAHONEY, BEHAVIOR MODIFICATION
PRINCIPLES, ISSUES AND APPLICATIONS,
BOSTON, EDITORIAL HOUGHTON MIFFLIN
1976 PÁG. 414-430

FREDERIKSEN, LEE W.
EPSTEIN L.H. KOBEVSKY
B.P.

RELIABILITY AND CONTROLLING EFFECTS
OF THREE PROCEDURES FOR SELF-MONITOR-
ING SMOKING. PSYCHOLOGICAL RECORD
1975, 25, 2: 255-263

HAUSER, ROBERT

RAPID SMOKING AS A TECHNIQUE OF
BEHAVIOR MODIFICATION: CAUTION IN
SELECTION OF SUBJECTS. JOURNAL OF
CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY
1974, 42, 4, 625-626

HERMAN, PETER G.

EXTERNAL AND INTERNAL CUES AS
DETERMINANTS OF THE SMOKING BEHAVIOR
OF LIGHT AND HEAVY SMOKERS. JOURNAL
OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY
1974, 30, 5; 664-672

HONME, L.E.

PERSPECTIVES IN PSYCHOLOGY, XXIV;
CONTROL OF COVERANTS, THE OPERANTS
OF THE MIND. PSYCHOLOGICAL RECORD
1965, 15; PÁG. 501-511

- HUNT, W.A. LEARNING MECHANISMS IN SMOKING
CHICAGO; ALDINE, 1970
- HUNT, WILLIAM A. Y
BESPALEC DALE A. AN EVALUATION OF CURRENT METHODS OF
MODIFYING SMOKING BEHAVIOR. JOURNAL
OF CLINICAL PSYCHOLOGY 1974, 30,
431-438
- HUNT, WILLIAM A. Y
MATARAZZO JOSEPH D. HABIT MECHANISMS IN SMOKING EN HUNT
W.A. LEARNING MECHANISMS IN SMOKING
CHICAGO EDITORIAL ALDINE 1970, PAG.
65-90
- HUNT, W.A. Y
MATARAZZO, J.D. THREE YEARS LATER: RECENT DEVELOP-
MENTS IN THE EXPERIMENTAL MODIFICATION
OF SMOKING BEHAVIOR. JOURNAL OF --
ABNORMAL PSYCHOLOGY, 1973, 81, 107-
114
- JARVICK, M.E. THE ROLE OF NICOTINE IN THE SMOKING
HABIT, EN W.A. HUNT (ED), LEARNING
MECHANISMS IN SMOKING. CHICAGO:
ALDINE, 1970, PAG. 155-190
- KEUTZER, C. S.
LICHTENSTEIN, E., Y
MEES, H. L. MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR: A
REVIEW. PSYCHOLOGICAL BULLETIN,
1968, 70, 520-533
- KOEING, K. P. Y
MASTERS, J. EXPERIMENTAL TREATMENT OF HABITUAL
SMOKING. BEHAVIOR RESEARCH AND
THERAPY, 1965, 3, 235-243
- LAGUNA, DEMETRIO LOS PELIGROS DEL TABACO: CÓMO DEJAR
EL VICIO DE FUMAR. BARCELONA EDITO-
RIAL SINTES, 1973, CUARTA EDICIÓN
- LANDO, HARRY A. A COMPARISON OF EXCESSIVE AND RAPID
SMOKING IN THE MODIFICATION OF CHRONIC
SMOKING BEHAVIOR. JOURNAL OF CONSULT-
ING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 1975 VOL.
43, 3, 350-355
- LANDO, HARRY A. MEASUREMENT AND TECHNIQUE INNOVATIONS
AN OBJECTIVE CHECK UPON SELF-REPORTED
SMOKING LEVELS: A PRELIMINARY REPORT
BEHAVIOR THERAPY, 1976, 6, 547-549
- LEVINSON, B. L.,
SAPHIRO D. SCHWARTS
G.E. Y TURSKY B. SMOKING ELIMINATION BY GRADUAL
REDUCTION BEHAVIOR THERAPY, 1971, 2;
477-487

- LICHTENSTEIN, E.
HARRIS H. E. BIRCHLER
G.R., WAHL J.M. Y.
SCHMALL, D.P. A COMPARISON OF RAPID SMOKING, WARM,
SMOKY AIR AND ATTENTION PLACEBO IN
THE MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL
PSYCHOLOGY, 1973, 40, 92-98
- MAHONEY, M.S. ~~TOWARD AN EXPERIMENTAL ANALYSIS OF
COVERTANT CONTROL. BEHAVIOR THERAPY
1970, 1, 510-521~~
- MAHONEY Y THORESEN SELF-CONTROL: POWER TO THE PERSON.
CALIFORNIA, ED BROOKS COLE 1974
- MARRONE, R.L.,
MERKSAMER M.A.,
SALZBERG, P.M. A SHORT DURATION GROUP TREATMENT OF
SMOKING BEHAVIOR BY STIMULUS SATURATION.
BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, 1970,
8, 347-352
- MARSTON, A. Y MC FALL,
R.M. COMPARISON OF BEHAVIOR MODIFICATION
APPROACHES TO SMOKING REDUCTION.
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL
PSYCHOLOGY, 1971, 36, 153-162 ✓
- NOLAN, J.D. SELF-CONTROL PROCEDURES IN THE
MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR,
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL
PSYCHOLOGY, 1968, 32, 92-93 ✓
- POWELL, S. Y AZRIN
N. THE EFFECTS OF SHOCK AS A PUNISHER
FOR CIGARETTE SMOKING. JOURNAL
OF APPLIED BEHAVIORAL ANALYSIS, 1968,
1, 63-71
- RAW, MARTIN PERSUADING PEOPLE TO STOP SMOKING
BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, 1976
14, pp. 97-101
- RESNICK, J.H. EFFECTS OF STIMULUS SATIATION ON
THE OVER-LEARNED MALADAPTIVE RESPONSE
OF CIGARETTE SMOKING. JOURNAL OF
CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY,
1968, 32, 501-505
- ROZENSKY, RONALD H. THE EFFECT OF TIMING OF SELF-MONITOR-
ING BEHAVIOR ON REDUCING CIGARETTE
CONSUMPTION, JOURNAL OF BEHAVIOR
THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY
1974, 5, 301-303

- RUSSELL, M.A.H.
ARMSTRONG E. Y. PATEL
U.A.
TEMPORAL CONTIGUITY IN ELECTRIC
AVERSION THERAPY FOR CIGARETTE
SMOKING. BEHAVIOR RESEARCH AND
THERAPY, 1976, 14, 103-123
- SACHS, L. B., BEAN
H. Y. MORROW J. E.
COMPARISON OF SMOKING TREATMENTS
BEHAVIOR THERAPY, 1970, 1, 465-
472
- SAPHIRO, D.
SCHWARTZ G. E.,
TURSKY B. Y.
SHNIDMAN, S. R.
SMOKING ON CUE: A BEHAVIORAL
APPROACH TO SMOKING REDUCTION.
JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL
BEHAVIOR, 1971, 12, 108-133
- SCHMAHL, D.P.,
LICHTENSTEIN, E., Y
HARRIS, D. E.
SUCCESSFUL TREATMENT OF HABITUAL
SMOKERS WITH WARM, SMOKY AIR AND
RAPID SMOKING. JOURNAL OF CONSULT-
ING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 1972,
38, 105-111
- SERNA MAYTORENA G.
FUMAR ES UN SUICIDIO, BARCELONA
EDITORIAL SINTES, 1974
- STEFFY, R. A.,
MEICHENBAUM, D. Y
BEST, J.A.
AVERSIVE AND COGNITIVE FACTORS IN
THE MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR.
BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, 1970,
88, 115, 125
- STUART, R. B. Y
DAVIS B.
SLIM CHANGE IN A FAT WORLD:
BEHAVIORAL CONTROL OF OBESITY
CHAMPAIGN ILL., RESEARCH PRESS, 1972
- ULLMAN, LEONARD P. Y
KRASNER LEONARD
A PSYCHOLOGICAL APPROACH TO ABNOR-
MAL BEHAVIOR, NEW JERSEY Ed. --
PRENTICE HALL, 1975, 2A. Ed.
- WAGNER, M. K.
A SMOKING WITHDRAWAL CLINIC USING
AN INTEGRATED BEHAVIOR MODIFICATION
APPROACH: ARTÍCULO PRESENTADO EN
LA REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSICOLÓ-
GICA DEL SURESTE, MIAMI, ABRIL 29,
MAYO 10. 1971
- WAGNER, M. D. Y
BRAGG R. A.
COMPARING BEHAVIOR MODIFICATION
APPROACHES TO HABIT DECREMENT
SMOKING. JOURNAL OF CONSULTING
AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 1970, 34,
258-263

WOLPE, JOSEPH

THE PRACTICE OF BEHAVIOR THERAPY,
NEW YORK, TORONTO, OXFORD, SYDNEY,
PERGAMON PRESS, 1973, SEGUNDA EDI-
CIÓN

YATES, A. J.

TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO. MÉXICO.
ED. TRILLAS, 1973