

29
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA
TERAPEÚTICO PARA LA ELIMINACIÓN
DEL TABAQUISMO**

t e s i s

Que presenta:

YOLANDA BARRIOS ALVAREZ

Para obtener el grado de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1989



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 está 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.

I N D I C E

	Página
LISTA DE CUADROS	1
LISTA DE GRAFICAS	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
I. INTRODUCCION	
1. Antecedentes	1
2. Planteamiento del problema	3
3. Delimitación del estudio	4
4. Objetivos	4
5. Definición de términos	5
II. EL.TABAQUISMO COMO ADICCION	
1. Antecedentes	7
III. DESCRIPCION DEL PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	
1. Algunos programas para dejar de fumar	13
a) En Estados Unidos	13
b) En México	17
2. Descripción del programa del INER	19
IV. METODOLOGIA DE ESTE ESTUDIO	
1. Método y procedimiento	23
2. Sujetos	27
3. Material	27
V. ANALISIS DE RESULTADOS	34
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	64

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Nivel significativo en las medidas de consumo de cigarrillos	27
2	Distribución del número de participantes por semestre en que asistieron	34
3	Cantidad de cigarrillos consumida en la última sesión del programa	35
4	Número de cigarrillos consumidos al día al inicio del programa	36
5	Número de veces que ha dejado de fumar	37
6	Número de meses que duraron sin fumar	38
7	Cantidad de cigarrillos consumidos en el primer seguimiento (8 días)	40
8	Cantidad de cigarrillos consumidos en el segundo seguimiento (16 días)	40
9	Cantidad de cigarrillos consumidos en el tercer seguimiento (30 días)	41
10	Cantidad de cigarrillos consumidos en el cuarto seguimiento (45 días)	41
11	Cantidad de cigarrillos consumidos en el quinto seguimiento (75 días)	42
12	Cantidad de cigarrillos consumidos en el sexto seguimiento (105 días)	43
13	Número de sujetos por edad en que iniciaron a fumar	45
14	Distribución de los participantes por edad	46
15	Distribución de los participantes por su estado civil	46
16	Distribución de los participantes por sexo	47

Cuadro

Página

17	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por número de cigarros consumidos al día al inicio del programa	52
18	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por el número de veces que han dejado de fumar	53
19	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por la edad en que iniciaron a fumar	53
20	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por su edad	54
21	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por su estado civil	54
22	Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por sexo	55
23	Puntajes obtenidos en la escala de neuroticismo "N" del EPQ para los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos	56
24	Puntajes obtenidos en la escala de psicoticismo "P" del EPQ para los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos	56

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica		Página
1	Comparación de los seis seguimientos	39
2	Frecuencia media de consumo por seguimiento	44
3	Puntaje en la escala de validez EPQ	48
4	Puntaje en la escala de intraversión-extraversión EPQ	48
5	Puntaje en la escala de neurotismo EPQ	49
6	Puntaje en la escala de psicotismo EPQ	50

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer de manera muy especial a la DRA. MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ DE VELAZCO y al personal de la CLINICA DE TABAQUISMO DEL INER por haberme brindado su valiosa cooperación y todas las facilidades para realizar este trabajo.

A la DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ LAMARQUE que mostró en todo momento su incondicional disposición por la generosa aportación de sus conocimientos y experiencias así como su acertada guía y dirección en la elaboración del presente trabajo.

Al LIC. SERGIO ALVARADO RUIZ por permanecer a mi lado en los momentos difíciles así como las múltiples aportaciones que ayudaron a dar forma y enriquecer esta tesis.

Al DR. JUAN JOSE YAÑEZ LOZANO por el permanente apoyo y aliento que me brindó durante el desarrollo de este trabajo.

A la MAESTRA CONCEPCION RABADAN FERNANDEZ por su valioso tiempo que me dedicó así como sus atinados comentarios y correcciones.

Al LIC. SALVADOR LOPEZ MARTINEZ cuyas aportaciones estadísticas fueron determinantes para la elaboración del análisis de resultados.

A la LIC. VIRGINIA RAMIREZ por la revisión y corrección del estilo de esta tesis.

Y a todas las personas que sin su colaboración no hubiera sido posible llevar a cabo la culminación de esta tesis.

INTRODUCCION

1. Antecedentes.

En el mundo a través del tiempo el tabaquismo ha ido cobrando cada día mayor relevancia, las siguientes cifras estadísticas a nivel mundial son una muestra de ello: en Europa Occidental el 50% de los adultos varones fuma, con una media de 15 cigarrillos diarios; en América Latina el 45% de varones y 18% de mujeres; en Asia el 40% de los hombres y 30% de las mujeres, en Japón el 70% de los hombres y en Filipinas el 70% de los hombres. (San Juan e Ibañez, 1982).

Otra cifra que puede dar una idea es que 1 480 millones de personas, casi un tercio de la población de la tierra son bebedores y fumadores. (Bellsola, 1980).

En México en el año de 1971 la Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio que informa que el 44.7% de la población masculina y el 16.5% de mujeres fumaba (Programa contra el Tabaquismo, 1986). Dentro de este contexto se sabe que cada día 19 millones de cigarrillos se fuman sólo en la Ciudad de México (Aragones, 1981). Además en los últimos diez años resulta alarmante el incremento de un 11.2% del consumo de tabaco. Asimismo los mecanismos cada vez más sofisticados de producción, distribución y publicidad han hecho que el tabaquismo se constituya en un problema de salud pública que origina tasas muy elevadas de morbilidad, así como un deterioro en la calidad de vida del fumador: "La mortalidad del conjunto de los fumadores de cigarrillos es de un 30% a un 80% -

más elevada que la de los no fumadores" (San Juan e Ibañez, 1982. pp. 91-92).

Otros efectos nocivos para la salud, como algunos investigadores europeos sugieren, son: que la arterioesclerosis puede comenzar incluso antes del nacimiento, en niños de madres fumadoras, entre otros, y se considera que cerca de un 80% de los casos de cáncer pulmonar son directamente atribuibles al tabaquismo (Rubio y Selman, 1987).

El tabaco es también responsable de un alto porcentaje de otras enfermedades y causas de muerte: 90% por cáncer de pulmón, 25% de trastornos cardiovasculares, 75% de -- bronconeumopatías crónicas, 25% de cardiopatías coronarias antes de los 65 años. (San Juan e Ibañez, 1982 p. 92).

A nivel social también hay repercusiones tales como: faltas prolongadas de trabajadores por enfermedades, costos de largas atenciones médicas y hospitalarias, reducción de capacidad de trabajo, pérdida de bienes y vidas que se producen por descuidos de fumadores, así como un foco de contaminación y basura.

Otra agravante sería que no afecta solamente al fumador sino a las personas que se encuentran en su proximidad y se ven así sometidas a inhalaciones involuntarias del humo del cigarrillo.

Dentro de este contexto social se sabe que determinados individuos, por sus características personales, van adquiriendo la dependencia al tabaquismo sin poder abandonarlo,

esto debido a los altos niveles de sustancias químicas tales como monóxido de carbono, alquitrán y nicotina, contenidas en el tabaco que ahora forman parte de su metabolismo, creando así dependencia tanto física como psicológica. Dependencia que consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta el cigarro, el organismo necesita de éste para vivir ya que se ha adquirido la adicción a los componentes del tabaco.

Lo anterior hace necesaria la creación de instituciones, programas y diversas técnicas para prevenir y ayudar a combatir la adicción de fumar.

En México, tanto a nivel privado como gubernamental, ya se cuenta con centros de atención para la eliminación del tabaquismo, siendo uno de estos centros el del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

2. Planteamiento del problema.

Dado que la adicción al tabaquismo se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento, se hace necesario conocer, describir e investigar los resultados obtenidos en uno de los programas actualmente existentes en México para la eliminación del tabaquismo, a fin de obtener información sobre la realidad del fenómeno en el país, lo que permitiría determinar lineamientos para su prevención y tratamiento.

3. Delimitación del estudio.

Para realizar la presente investigación se llevó a cabo una revisión de 527 expedientes de las personas que solicitaron ayuda, cubrieron los requisitos de admisión y llevaron a cabo el programa durante las diez primeras sesiones del tratamiento. Se efectuó un estudio expofacto que permitiera conocer las características de las personas que asistieron al programa del INER durante los años de 1985, 1986 y primer semestre de 1987. Así como las de los sujetos que lograron eliminar el tabaquismo durante las diez sesiones del programa y las de aquellos que en el periodo de seguimiento se mantuvieron sin fumar, a los 8, 16, 30, 45, 75 y 105 días de finalizadas las mencionadas sesiones.

4. Objetivos.

a) Describir el programa a nivel gubernamental para la eliminación del tabaquismo, impartido actualmente por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y conocer el grado de efectividad y en que medida ayuda al fumador a eliminar el tabaquismo.

b) Realizar un proceso de investigación y análisis estadístico del programa y presentar las ventajas existentes y algunas sugerencias y modificaciones para elevar su grado de efectividad.

c) Mostrar algunas características de los patrones de consumo de los participantes tanto a su llegada al programa

ma como durante el tratamiento y en el periodo de seguimiento.

d) Enumerar algunas características psicológicas obtenidas en el cuestionario de personalidad Eysenck Personality Questionnaire EPQ y su correlación con el tabaquismo.

e) Intentar obtener un perfil de fumadores mexicanos, que tienen en común el fumar pero desean dejar de hacerlo y buscan ayuda profesional para lograrlo.

5. Definición de términos.

Técnica terapéutica.- conjunto de procedimientos apropiados tanto médicos como psicológicos, realizados en grupo para dejar el hábito del tabaco en fumadores que así lo solicitan.

Eliminación.- que el fumador abandone completamente el hábito de fumar tomando en cuenta tanto el aspecto psicológico como biológico.

Tabaquismo.- fumar más de 20 cigarrillos diarios y no poder dejar de hacerlo aún deseándolo. Implica una dependencia psicológica.

Adicción.- consumo repetido de tabaco que muestra una compulsión de seguir fumando con tendencia al incremento en la dosis que conduce a una dependencia tanto física como psíquica causando efectos perjudiciales sobre el individuo y la sociedad.

Habituaación.- consumo repetido pero sin una compulsión.

sión; con poca o ninguna tendencia a incrementar la dosis, que causa únicamente dependencia psíquica y no física y los efectos nocivos son para el individuo pero no para la sociedad.

Dependencia.- existe de dos formas, la física que consiste en un estado que muestra una adaptación al tabaco, en este caso que se manifiesta por aparición de trastornos físicos intensos cuando se suspende el tabaco. La psíquica que es un estado que exige la administración regular o continua del tabaco para producir placer y/o evitar malestar. Este estado es el mas fuerte de todos los factores que constituyen una adicción.

II. EL TABAQUISMO COMO ADICCION

1. Antecedentes.

El tabaco es una planta que pertenece a la familia de las solanaceas conocida desde tiempos inmemoriales.

Los pueblos primitivos usaban ciertas hierbas para iniciarse en la danza que ofrecían a sus dioses y para la realización de determinadas ceremonias. Se piensa que en aquel entonces "... El tabaco quizá poseía más marcadamente determinados alcaloides que incitaban y embriagaban placenteramente constituyendo una especie de analgésico - contra el dolor, el hambre y la sed". (Bellsola, 1979 -- p.111).

Pero el consumo tenía su justificación dentro de las sociedades que lo producían y consumían. Existía una estrecha relación entre su mitología, religión, medicina y hábitos, convirtiéndose en un rito con profundas raíces en sus vidas y costumbres.

Inicialmente se usaba al tabaco en forma de cigarrros puros, costumbre que se fue perdiendo a "finales del - siglo pasado en que nació el cigarrillo que se liaba con - cierto arte y que constituía a veces una exhibición de habilidad" (Bellsola, 1980, p. 110)..Lo que dio como resultado que "... se cambiara el disfraz del tabaco, pero el veneno es el mismo, en ciertos aspectos incluso más nocivo todavía por motivos de la química que se emplea en su manipulación, coloración, perfume o aromatización." (Bellsola, 1980 --

p.116). A partir de ese momento se inicia una amplia difusión del tabaco que se ha continuado hasta la fecha. Una vez introducido en Europa y el resto del mundo, en el siglo XVI, su uso se generalizó "cuenta el historiador Fray Bartolomé de las Casas que la moda del tabaco se propagó con todo esplendor y que una vez que la persona se había iniciado ya no estaba en su mano dejar de fumarlo". (Bell sola, 1979 p. 110).

Inicialmente el tabaquismo no se consideraba un problema serio de salud, sin embargo en la actualidad si lo es debido a la publicidad, comercialización, muertes y deterioro en la calidad de vida, que daña tanto al fumador a las personas que sin fumar se ven sometidas a inhalaciones involuntarias, así como a la colectividad, lo que produce pérdidas económicas y muertes prematuras.

La adicción al tabaco es de origen multifactorial, se inicia por un hábito, que se va adquiriendo por varios motivos, como aburrimiento, imitación deseos de verse mayor, entre otros y acaba encadenando a la persona en una adicción, ya que la droga no suele lesionar notoria y fuertemente sino hasta pasado un largo tiempo y sus efectos no son fulminantes. Además de que es socialmente aceptada y fomentada.

A continuación se presentan algunos aspectos que pueden brindar apoyo para poder comprender mejor el fenómeno de la adicción.

El Comité de expertos sobre fármacos propensos a producir adicción, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) intentó separar y definir los conceptos de adicción y habituación de la siguiente manera:

a) Adicción a las drogas.- Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que incluye: 1) compulsión de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) una tendencia a incrementar la dosis, 3) una dependencia psíquica (psicológica) y física a los efectos de la droga, y 4) efectos perjudiciales sobre el individuo y la sociedad.

b) Habitación a las drogas.- La habitación es una condición resultante del consumo repetido de una droga. Sus características incluyen: 1) un deseo, pero no compulsión, de continuar tomándola, 2) poca o ninguna tendencia a aumentar la dosis, 3) algún grado de dependencia psíquica pero ausencia de dependencia física, y por lo tanto no se presenta el síndrome de abstinencia en caso de no tomarla, y 4) efectos nocivos sobre el individuo primordialmente. (Aragones, 1980).

Como se observa las diferencias básicas entre estos dos conceptos son la de la compulsión, el síndrome de abstinencia y la dependencia psíquica, que se encuentran presentes cuando se habla de adicción, y no en la habitación, aunque el hábito constituiría la etapa previa a la adicción. La preocupación se centra en el presente

trabajo en ésta última que es cuando existe la imposibilidad de abandonar el cigarrillo y solicitan las personas ayuda para dejarlo, además en esta fase sería cuando ya es un problema de salud pública pues se daña a la colectividad y al individuo mismo causando a largo plazo pérdida de la agudeza visual, graves estragos en las vías respiratorias, bronquios y pulmones, afección o cáncer de laringe, endurecimiento de arterias, cardiopatías esquemáticas y las repercusiones del tabaco sobre el aparato digestivo, algunos procesos ulcerosos gástricos y determinadas gastritis que se tornan difíciles si no se abandona el cigarro. Otros trastornos serían sobre el sueño que no es reparador y afecta a la lozanía del cutis, incluso también podría afectar la fecundidad. (Bellsola, 1979).

En relación a la dependencia psíquica se plantea que está determinada por elementos muy primarios que se producen en el ser humano vinculados con el inhalar y exhalar, con la angustia, ansiedad, con el uso de la boca (oralidad) y con la existencia de objetos que ayudan a pasar de una fase del desarrollo a otra (objetos transicionales) por lo que resulta tan difícil la eliminación del tabaco muy probablemente.

Autores como Castellnuovo, 1971, han esclarecido la vinculación existente entre el proceso de respiración y la angustia con el desarrollo del individuo. Y expone que: existe una vinculación directa de las primeras etapas del

desarrollo del individuo con las posteriores remontándose a los primeros diez días posteriores al nacimiento, que es cuando se estabilizan los mecanismos de respiración, antes la respiración se encuentra en fase de alarma y resistencia, por lo que el parto siempre produce un stress físico y psíquico. La instalación de un ritmo respiratorio normal no se produce en el recién nacido automáticamente, sino como el resultado de una laboriosa tarea. Lo anterior muestra porque existe angustia en el nacimiento.

Para Freud la" primera angustia, fue de tipo tóxica, ya que en el acto del nacimiento se tuvieron que inervar los órganos de la respiración para preparar la actividad pulmonar, acelerar los latidos del corazón y liberar así la sangre de -- sustancias tóxicas. (Rabadán, 1985 p.26).

Con respecto a la angustia Freud refiere que en el nacimiento es cuando se dan afectos de displacer repitiéndose "según una imagen mnémica previa". (Freud Obras Completas T. III, 1973, p. 2837).

"Los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica con precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos". (Freud -- Ibid., p. 2837).

Estos estados de angustia, sensación de desamparo, stress físico y psicológico causados por el nacimiento y por el proceso de inhalación-exhalación se van a resignificar a lo largo de la vida.

Durante el periodo "oral" la principal zona de placer es la boca "... la experiencia de satisfacción que proporciona el prototipo de la fijación del deseo a un determinado objeto, es una experiencia oral; por consiguiente se puede establecer la hipótesis de que el deseo y la satisfacción quedan marcados para siempre por esta primera experiencia". (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 158).

En el caso del tabaquismo el objeto es el cigarrillo y la angustia se repetirá resignificándose de diversas maneras como defensa contra la ansiedad (en especial la de tipo depresivo) Winnicott (1971) menciona a los "objetos transicionales " usados en momentos de soledad o -- cuando existe el peligro de un estado de ánimo deprimido.

Esta necesidad de un objeto o pauta de conducta específicos que comenzó a edad muy temprana puede reaparecer más adelante cuando se presenta la amenaza de una privación.

Esto podría llevar a suponer una relación de estados primitivos de mucha intensidad que han dejado una -- huella que mantiene una tendencia que se traduce en ciertas reediciones en la edad adulta como sería ingerir alimentos en abundancia, llevarse objetos a la boca o beber -- en demasía, entre otros.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER).

1. Algunos programas para dejar de fumar.

En la actualidad y en varios países día a día van en aumento los programas encaminados a la eliminación del tabaquismo debido a que se empieza a tener conciencia del grave problema que éste significa. A continuación se describen primero programas en Estados Unidos y segundo programas en México.

Estados Unidos. - En otoño de 1980 se creó el "National Interagency Council (NIC)" que es una organización que proporciona conocimientos y materiales para abandonar la adicción de fumar así como algunos programas para poder hacerlo. Los programas son desarrollados y difundidos por varias organizaciones que participan de diversas maneras:

Sociedad Americana del Cáncer

Cada año esta sociedad establece contacto con millones de adultos y gente joven para proporcionarles educación sobre tabaquismo, prevención y programas para dejar de fumar. Además distribuye millones de panfletos, posters y realiza exhibiciones.

Los programas educativos y clínicos para dejar de fumar se realizan a nivel local en un contexto abierto. La sociedad toma acuerdos legales y brinda educación profesional y llamadas para dejar de fumar. Se hace especial énfasis en preparar a otros (hospitales e industrias) para que asuman la

responsabilidad de ayudar a los fumadores a dejar de hacerlo.

La educación preventiva esta dirigida principalmente a escuelas porque supuestamente los jóvenes todavía no han adquirido una dependencia.

Los programas que se inician en la primaria donde los estudiantes están aprendiendo a conocer su cuerpo y hábitos de buena salud, continúan en la secundaria.

Entre los programas de prevención más ampliamente difundidos, desarrollados por la Sociedad Americana del Cáncer están:

Una estrella temprana para la buena salud, Asociación Americana del Cáncer, Salud en Cadena, Fumar Tómelo o Déjelo y Quién manda aquí?

La Asociación Americana del Cáncer tiene también un paquete de dos programas para dejar de fumar, uno para adultos y otro para adolescentes.

Ayudando a Fumadores a Dejar de Fumar.

Este programa está basado en un modelo que tuvo mucho éxito para dejar de fumar paulatinamente, que fue desarrollado y probado en un grupo, por la división de la Sociedad Americana del Cáncer de California. El programa ofrece a los fumadores la oportunidad de descubrir porque fuman, los ayuda a identificar la manera en la que pueden suspenderlo y brinda motivación y apoyo de grupo. Aunque las intervenciones locales varían se sugiere que el grupo se integre con 8 a 18 fumadores y que cada grupo se reúna por ocho sesiones de dos ho-

ras cada una, dos veces a la semana. Esta diseñado en tres - fases: desarrollo interior, desarrollo de los recursos privados y seguimiento.

Las primeras cuatro sesiones constituyen la fase uno en la cual se permite a los participantes evaluar sus propios hábitos de fumar e identificar métodos que les ayuden a suspenderlo. Al término de la fase uno, los participantes tratan de pasar 48 horas sin fumar como experimento para ingresar después a la fase dos, que es la última de las cuatro sesiones formales, y que fue diseñada para ayudar al individuo a adaptarse a dejar de fumar, confiando plenamente en el apoyo e interacción del grupo.

La tercera fase comienza después del programa formal completo (fase uno y dos). Durante ésta, se invita a los participantes a formar un club de exfumadores para reforzar - sus metas. Dentro de las diferentes actividades del programa, de ocho sesiones, está el establecimiento de un sistema de -- compañerismo, una plática dirigida por un médico y exfumadores invitados; se autoadministra un "test" se realizan discusiones de grupo, hay una ceremonia de clausura y un programa de evaluación.

Existe un manual detallado que ofrece guías para - planificar el programa, entrenar líderes de grupo, el formato de cada una de las ocho sesiones guiadas y mecanismos de evaluación y seguimiento.

Los "tests" de evaluación están incorporados a tra

vés de las ocho sesiones y los seguimientos se recomiendan a uno, cuatro y doce meses después de la terminación del programa.

Clinica para dejar de fumar para estudiantes de secundaria.

En 1976 como respuesta a numerosas peticiones de los administradores de escuelas, la Sociedad del Cáncer y el Departamento de Educación de Iowa adaptaron el programa de la Clínica de la Asociación Americana del Cáncer para el uso de estudiantes de secundaria. El énfasis en este programa es enseñar a la gente joven, a clasificar, valorar y otras maneras de autocontrol para que dejen de fumar y coordinar actividades de apoyo de grupo para reforzar el comportamiento de no fumar.

El programa esta diseñado para un grupo de 8 a 18 participantes, con nueve sesiones de una hora cada una, durante el calendario regular de la escuela. Se hacen sugerencias para llevar a cabo otras actividades si hay disponibilidad de tiempo; se proyectan películas en grupo.

Cada sesión incluye actividades y proyectos de autoconocimiento, que ayudan al estudiante a responsabilizarse como fumador. Las sesiones cubren los siguientes tópicos: autoadministración de "pretest"; elección de un grupo de trabajo, discusión y análisis de los "test" en grupo, motivación personal, exámen del hábito de fumar, proceso de dejar de fumar, fisiología del fumar, mantenimiento de conducta de no fumar, "test" final y reafirmación de la conducta de no fumar.

Una guía incluye información del programa, entrenamiento de "entrenadores", programación de fechas, facilidades y métodos de reclutamiento de "pacientes".

El programa requiere que la escuela proporcione el entrenador y que le permita asistir una hora y media diaria a sesiones de entrenamiento.

Sociedad Americana del Pulmón (ALA)

Las actividades de este programa están diseñadas - para ayudar a limpiar el aire del ambiente tanto afuera como dentro de la persona, a desanimar al fumador y prevenir enfermedades del pulmón causadas por microorganismos.

El personal de la Asociación conduce un programa - de educación pública, a través de seminarios y conferencias - para responder a preguntas y peticiones del público y trabajar con otras organizaciones para limpiar la atmósfera.

Muchas unidades locales del ALA tienen un especialista que da consultoría y materiales a escuelas para desarrollar programas educativos acerca del hábito de fumar fomentando la retroalimentación y el compromiso ante esta conducta.

Otras actividades incluyen: legislación a favor de los derechos de los no fumadores, y la promoción y ayuda para fumadores interesados en dejar de hacerlo.

En México.- entre algunos programas para dejar de fumar que existen se encuentra, a nivel gubernamental una clínica de tabaquismo dentro del Instituto Nacional de Enfermedades

des Respiratorias (INER) que funciona tanto con pacientes - del propio Instituto como con cualquier persona que desee dejar de fumar. Otra dentro del Hospital General con pacientes del propio hospital y una tercera ubicada en el Instituto de Perinatología que trata con mujeres embarazadas que desean abandonar el fumar.

En las tres instituciones los programas están compuestos por tres fases que son: a) pretratamiento: donde se hace la selección de pacientes y se cubren los requisitos de admisión, b) tratamiento: que consiste en diez sesiones grupales donde los asistentes reciben información, tratamiento y entrenamiento, y c) postratamiento: consta de seis sesiones durante tres meses y medio para evitar recaídas.

A nivel privado algunas serían: el Centro de Atención para el Tabaquismo (C.A.T.) que fue fundado en 1984 con el fin de proporcionar, principalmente a los llamados pacientes de "alto riesgo", un tratamiento médico-psicoterapéutico que les permita abandonar el hábito de manera definitiva. Este consiste en tres fases: a) en la primera se realizan tres entrevistas individuales para llevar a cabo una evaluación médica completa poniendo especial énfasis en los aspectos de funcionamiento respiratorio y cardiovascular, historia clínica y del tabaquismo, evaluación psicológica y entrevista psiquiátrica.

El objetivo de esta primera fase sería seleccionar a las personas susceptibles de ingresar al programa, b) en la

segunda se integran los pacientes a un grupo de trabajo que se reúne por 16 sesiones durante 90 minutos dos veces a la semana, c) tercera y última que consiste en el seguimiento telefónico que se realiza durante un año una vez al mes, para evitar recaídas.

Otro programa a nivel particular sería el de Sistemas de adherencia terapéutica y abandono del tabaquismo. SIATAT, S.C. es un programa que se inició en México en enero de 1988 que consiste en una sesión individual y siete grupales donde se utilizan técnicas educativas, conductuales, -- cognoscitivas y fármacos, en caso necesario. Los grupos están integrados por 5 a 10 personas que se reúnen dos veces a la semana durante 90 minutos. Después de esta fase, continúa una de apoyo de postratamiento, que consiste en cuatro sesiones de seguimiento telefónico a los 8, 15, 30 y 45 días.

2.2 Descripción del programa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

El INER se inició hace 51 años como sanatorio Hui-pulco para tuberculosos, operó de 1936 a 1959, teniendo como finalidad atender a pacientes afectados de dicha enfermedad, provenientes de toda la república. En 1959 se transformó en Hospital para Enfermedades Pulmonares ampliando sus actividades al tratamiento de todas las enfermedades que afectan dicho órgano. Para 1975 se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares iniciando de manera permanente, -

actividades de investigación científica, incrementando sus actividades docentes. En enero de 1982 por decreto presidencial se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias funcionando como un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Dentro de este Instituto desde el año de 1980 se viene proporcionando ayuda a personas interesadas en dejar de fumar mediante un programa que consiste en la combinación de diversas técnicas.

El programa consta de dos áreas, una médica y otra psicológica. Dentro del área médica se aplican pruebas funcionales de respiración, placa de torax, electrocardiograma, exámen general de orina, biometría hemática, química sanguínea y papanicolaou faríngeo, todo esto para conocer el estado de salud general del asistente, informar al solicitante sobre dicho estado y saber si se puede y debe administrar en su momento, el chicle de nicotina. La parte psicológica del programa se apoya en el cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ), una entrevista y el "cuestionario de tabaquismo", para conocer algunos rasgos de personalidad así como la historia personal y familiar de tabaquismo y enfermedades relacionadas con éste. Esta podría considerarse la primera fase del tratamiento que sería la de selección de asistentes.

La segunda fase consiste en diez sesiones grupales de apoyo para abandonar la adicción al tabaco, basadas en di

versas técnicas tales como: técnicas de autorregistro.- cada asistente anota el número y el momento de los cigarrillos fumados en el día, al igual que la actividad que estaba desempeñando. Lo anterior, durante las dos primeras sesiones que es cuando se permite fumar. Posteriormente el autorregistro será de los chicles de nicotina mascarados en el día, siendo el máximo de tres.

Técnica de educación para la salud.- consiste en informar a los asistentes de los componentes del tabaco y - las repercusiones en la salud, al mismo tiempo que se informa del estado general de cada uno de los asistentes con base en las pruebas de laboratorio efectuadas al inicio.

Técnica aversiva.- su fin es hacer que los participantes rechacen al cigarrillo por los daños que causa. Se utiliza un documental de 40 minutos de duración donde se muestran muertes causadas por el tabaco; con el objeto de mantener la conducta de no fumar en los asistentes.

Técnicas de reestructuración cognoscitiva.- consisten en cambiar los pensamientos positivos hacia el cigarrillo - en pensamientos negativos, por ejemplo el placer que se dice sentir por fumar, se cambia por hacer conciencia de que produce mal aliento, o que hace mal a la salud.

Técnica de relajación.- se logra mediante una cinta grabada que va dando indicaciones; se lleva a cabo una o dos veces durante el programa dependiendo de las necesidades del grupo y a criterio de la psicóloga que lo conduce.

Técnica de dinámica de grupos.- en ocasiones es necesario hacer mejor cohesión de grupo, o que exista mayor participación, o ayudarlos a convencerse de dejar de fumar, esto puede ser mediante diversas técnicas grupales, por ejemplo: la elaboración de listas de ventajas o cosas similares, según sea el caso concreto de cada grupo y a criterio de la psicóloga que lo conduce.

Técnicas de modificación del ambiente.- se refiere a cambiar hábitos establecidos tiempo antes que favorecen el fumar por algunos nuevos que lo eviten y lo dificulten, por ejemplo en lugar de hacer plática de sobremesa pararse a lavar los trastes.

La tercera y última fase consiste en seis sesiones de seguimiento, donde se utiliza la misma dinámica reuniendo a integrantes de diversos grupos para que intercambien experiencias. En estas sesiones los asistentes informan si continúan sin fumar, cómo se sienten y si han vuelto a fumar; se les pide que anoten la cantidad de cigarros que fuman al día y porque reinciden.

El programa además de ser integral, cuenta con personal especializado y entrenado para estos fines, dedicado exclusivamente a la clínica de tabaquismo.

IV. METODOLOGIA DE ESTE ESTUDIO.

1. Método y procedimiento.

El presente trabajo consistió en un estudio expos-
facto elaborado con datos obtenidos de 527 expedientes de los
archivos del INER, de personas que solicitaron ayuda, cubrie-
ron los requisitos de admisión y llevaron a cabo el programa
durante las diez sesiones para eliminar el hábito de fumar;
personas que acudieron voluntariamente a través de la transmi-
sión oral de otras que habían asistido al tratamiento o envia-
das por algún médico. Participaron en el programa en los años
1985, 1986 y primer semestre de 1987, esto es el lapso estudia-
do fue de dos años y medio.

Los expedientes del INER contenían gran cantidad de
información de la cual se seleccionaron los datos básicos pa-
ra hacer posible la presente investigación; dichos datos cong-
tituyeron las variables de trabajo que fueron vaciadas en la
"hoja de concentración de información" (Anexo 1), y a conti-
nuación se describen:

1) datos que se refieren a los diferentes semestres
analizados.- se dividieron en cinco semestres: el primero o
segundo del año de 1985, el primero o segundo del año de 1986
y el primero de 1987. En el Instituto a partir del segundo -
semestre de 1987 se realizaron modificaciones al programa.

2) datos personales de los participantes del perio-

do elegido, que dan una descripción de las características de la población estudiada.

El sexo se eligió con la finalidad de establecer -- una comparación entre el número de hombres y mujeres que asistían al programa si es que existía diferencia. Las escalas fueron nominales o Masculino o Femenino.

La edad fue elegida con la finalidad de ver si -- existen edades en que hay mayor deseo de dejar de fumar y -- cuáles eran éstas. Para su manejo se clasificaron en seis -- grupos de la siguiente manera: 1) menores de 15 años, 2) de 15 a 24 años, 3) de 25 a 34 años, 4) de 35 a 44 años, 5) de 45 a 54 años y 6) de 55 años o más.

Con respecto al estado civil se utilizó la clasificación existente en los expedientes del INER: 1) soltero (a) 2) casado (a), 3) viudo (a), 4) divorciado (a), 5) unión libre y 6) otro especifique. Para obtener los porcentajes de -- cada uno de ellos que se presentaron a solicitar ayuda.

3) datos que se relacionan con los hábitos y patrones de comportamiento de los fumadores tales como:

Edad en que inició a fumar.- para tener un patrón -- de comportamiento de la muestra estudiada; saber en que edades es más común empezar a fumar. Las edades se clasificaron utilizando los mismos rangos que en el caso de la edad de los asistentes.

Número de cigarrros consumidos al día al inicio del programa.- este dato se utilizaría para conocer la cantidad --

consumida por las personas al presentarse al Instituto y -- posteriormente poder establecer una comparación con la última sesión y al término de los seguimientos. Los rangos establecidos para el manejo de esta variable fueron: 1) de 1 a 5, 2) de 6 a 10, 3) de 10 a 15, 4) de 16 a 20, 5) de 21 a 25, 6) de 26 a 30, 7) de 31 a 35, 8) de 36 a 40 y 9) 40 ó más.

Número de veces que ha dejado de fumar. -- para conocer la dificultad existente en cada uno de los asistentes para abandonar el cigarro, y saber si era la primera vez que -- intentaban dejarlo o no. Esta variable se clasificó en: 1) ninguna, 2) 1 a 2, 3) 3 a 4, 4) 5 a 6, 5) 7 a 8, 6) 9 a 10, 7) 11 ó más.

Número de meses que duró sin fumar. -- esta variable permite conocer si existe un lapso de tiempo donde las recaídas sean más frecuentes y de ser así cuando sería para poder dar apoyo en los momentos más indispensables. Esta variable se clasificó en: 1) menos de uno, 2) 1 a 3, 3) 4 a 6, 4) 7 a 9, 5) 10 a 12 y 6) más de 12.

Motivo por el que acude a la clínica. -- este dato se consideró de gran importancia pues proporcionaría información de porque las personas estan ahí. Se clasificó de acuerdo a los datos existentes en el "cuestionario de tabaquismo" del INER: 1) cree que le hará daño fumar, 2) ya se siente enfermo, 3) enviado por otra persona, y se agregaron en el presente trabajo tres más: 4) 1 y 2, 5) 1 y 3, 6) 2 y 3.

Cantidad de consumo en la última sesión.- esta variable fue elegida pues permitirá conocer el grado de efectividad del tratamiento y se podrán establecer comparaciones - entre cómo llegan las personas y cómo terminan el tratamiento. La clasificación utilizada es la misma empleada en el -- concepto de cigarros consumidos al día.

4) datos que mostraron el comportamiento del fumador en los tres meses y medio posteriores al tratamiento, esto es durante el llamado periodo de seguimiento que se realizó en seis sesiones.

De cada una de las sesiones se obtuvieron el número de personas que ya no se presentó al mencionado seguimiento y cuántas de ellas continuaban sin fumar ni un solo cigarrillo y las que habían vuelto a fumar que cantidad fumaban.

Una vez seleccionadas las variables de trabajo y vaciadas en la "hoja de concentración de información" con el objeto de homogeneizar y facilitar su manejo se procedió a la agrupación. Posteriormente se realizó un análisis de frecuencia simple y descripción de proporciones para todas aquellas variables cuyo nivel de medición es nominal (anexo 2). Con el resto de las variables se llevó a cabo un análisis de frecuencia en porcentajes y se obtuvieron las medidas de tendencia central y variabilidad, dado que se trataba de escalas de nivel intervalar (anexo 3).

Se utilizó el método estadístico paramétrico "t de

student" ya que la población estaba distribuida normalmente, y algunas variables se midieron en escalas de intervalo, por lo que se pueden usar operaciones aritméticas, y las observaciones fueron independientes entre si, esto es que un puntaje asignado a un caso no influye en el que se asigne a otro caso. Se usó ya que esta prueba es idónea para rechazar una hipótesis nula falsa.

Se compararon las medidas de consumo en la línea base con la última sesión y los seis seguimientos, con el objeto de determinar la existencia de diferencias significativas considerando un nivel de significancia de 0.01, ya que este nivel de probabilidad es uno de los más comúnmente aceptado y usado lo que indica que solamente una vez en 100 se puede deber al azar que la persona deje de fumar y no al programa. El método estadístico "t de student" aplicado para -- trabajar la información recopilada, permitió establecer que los resultados fueron significativos por arriba del 0.01 y que se lograron mantener estables incluso en la etapa de los seis seguimientos posteriores al tratamiento. (cuadro 1).

CUADRO 1

Nivel significativo en las medidas de consumo de cigarrillos

Grupos de comparación	Asistentes	Nivel significativo	" t "
L.B. - Ult. Sesión	371	0.01	25.65
L.B. - 1o. Seguim.	370	0.01	25.26
L.B. - 2o. Seguim.	299	0.01	21.31
L.B. - 3o. Seguim.	293	0.01	20.74
L.B. - 4o. Seguim.	258	0.01	17.36
L.B. - 5o. Seguim.	222	0.01	14.79
L.B. - 6o. Seguim.	154	0.01	11.02

L.B. = Línea base

Ult. Sesión = última sesión

2. Sujetos.

Fueron datos obtenidos de expedientes, esto es, no se trabajó directamente con las personas ni se participó en la aplicación del programa.

Se eligieron 527 casos de los muchos existentes en los archivos del INER, correspondientes a los años de 1985, 1986 y primer semestre de 1987 de personas que no sólo acudieron a la clínica en este periodo sino que deseaban dejar de fumar, pasaron y cubrieron todos los requisitos de admisión al programa y se sometieron por lo menos a las diez sesiones del mismo.

3. Material.

Cada uno de los expedientes consultados contenía:

- a) cuestionario de tabaquismo
- b) inventario de la personalidad "Eysenck Personality Questionnaire EPQ"
- c) formato de "entrevista de primera vez"
- d) contrato terapéutico
- e) autorregistro línea-base
- f) autorregistro de tratamiento

a) Cuestionario de tabaquismo.-- es una forma impresa donde aparecen datos personales de cada asistente, así como preguntas relacionadas con su consumo de cigarrillos, y por último las actividades que el participante tiene como pasatiempo.

b) Eysenck Personality Questionnaire (EPQ).-- se aplicó para obtener un perfil de personalidad de los asistentes y así saber si es un buen candidato para el programa. Consiste en 90 preguntas sencillas que tienen que contestarse -- afirmativa o negativamente, encerrando la palabra "si" o -- "no" impresa enseguida de cada una de las mismas; las instrucciones aparecen antes de las preguntas. De este inventario se obtuvieron cuatro calificaciones:

- escala de mentira "L"
- extraversión-intraversión "E"
- grado de neuroticismo "N"
- grado de psicoticismo "P"

En estas cuatro escalas para definir el parámetro de normalidad se utilizó la media más-menos una desviación estandar.

Escala de mentira "L". Intenta medir la tendencia de algunos individuos a "fingir estar bien" o dar respuestas aceptables. Además de la falsedad parece medir algún factor

de personalidad que puede denotar algún grado de inseguridad (Balzaretti, 1987).

Extraversión-intraversión "E".- El extrovertido - "típico" tiene una tendencia a ser sociable y desinhibido, - con muchos contactos sociales que participa frecuentemente - en actividades colectivas. Le hace falta estar rodeado de gente y le gusta la excitación. Es arriesgado, optimista y des-
preocupado. Le gustan los cambios, prefiere mantenerse ocupa-
do y no tiene paciencia para las cosas. En general no contro-
la firmemente sus sentimientos.

El introvertido "típico" es de naturaleza tranquila retraído, introspectivo reservado y distante excepto con sus amigos íntimos. Prefiere los libros a las personas y piensa antes de actuar. Es desconfiado de sus impulsos momentaneos. Prefiere un modo de vida ordenado y mantener bajo control sus emociones, rara vez se comporta agresivo y tiene mucha paciencia. Toma muy en cuenta los valores morales y es confiable y pesimista.

Grado de neurotismo "N".- la puntuación alta en esta escala describe a personas ansiosas, preocupadas, irrita-
bles e hipersensibles. Que se deprimen con facilidad y duer-
men mal por las noches. Pudiendo considerarse demasiado emoti-
vas con reacciones exageradas a los estímulos que se les pre-
sentan lo que hace que a veces reaccionen en forma irracional
y rígida.

Grado de psicotismo "P".- se refiere a un rasgo de

personalidad subyacente en diversos grados en todos los individuos, si esta presente en un grado marcado predispone a la persona al desarrollo de anormalidades psiquiátricas, aunque solamente una pequeña proporción de personas con alta puntuación en "P" tienen probabilidades de desarrollar una psicosis durante su vida. Una clasificación alta en "P" mostraría una persona solitaria, fastidiosa y poco sociable. Cruel e inhumano con poca empatía e insensible. Hostil con los demás. Le gustan las cosas raras y se muestra indiferente ante los peligros. Le gusta ridiculizar y molestar a los demás.

c) Formato de "entrevista de primera vez". - Se aplica en la primera entrevista y se puede dividir en tres partes. La primera que proporciona datos de identificación tales como edad, estado civil, sexo, entre otros. La segunda parte es sobre el tabaquismo del asistente, datos como cuando comenzó a fumar, si ha intentado dejar de hacerlo y algunos más. La tercera parte, la psicológica proporciona datos de si anteriormente ha consultado un psicólogo o psiquiatra, motivo, tiempo y tipo de tratamiento, si tiene algún problema que frecuentemente le preocupa en algunas áreas como: la laboral, económica, familiar, de pareja, personal, otros; para finalizar se le pide al participante que anote alguna información importante que considere pertinente agregar.

d) Contrato terapéutico. - Se celebra entre el paciente y el psicoterapeuta de la clínica de tabaquismo. El paciente con este contrato se compromete a: 1) asistir a las 10

sesiones que dura el tratamiento, 2) posteriormente a los seis seguimientos, 3) acepta llenar adecuadamente los instrumentos del programa, 4) cumplir con las indicaciones dadas por su psicoterapeuta, 5) hacer comentarios sobre sus reacciones en relación al hábito tabáquico, 6) realizar su mejor esfuerzo para asimilar la información proporcionada, 7) intentar dejar de fumar a partir de la tercera sesión comprometiéndose consigo mismo, con el psicoterapeuta y con el grupo, 8) si en la séptima sesión no lo ha logrado se le recomienda abandonar el tratamiento.

En la segunda parte del contrato el psicoterapeuta se compromete a: 1) asistir puntualmente a las sesiones de tratamiento y a las de seguimiento, 2) en caso de no poder asistir a alguna de ellas le pedirá a uno de los compañeros de la clínica lo sustituya por esa ocasión, 3) explicar claramente todo aquello que el paciente desee saber respecto al tabaquismo en algún punto en particular o en general, 4) llevar control de autorregistro, 5) buscar comunes denominadores e interpretarlos haciendo los comentarios pertinentes, 6) motivar y apoyar los esfuerzos realizados por el asistente para lograr el objetivo: "dejar de fumar", 7) facilitar los medios disponibles para llevar a la práctica la terapia de grupo, 8) entregar a tiempo los estudios funcionales y de laboratorio para su lectura e interpretación, 9) prestar servicio médico y de hospitalización en todos los casos que así lo requieran.

e) Autorregistro línea-base. - Se utiliza en las dos primeras sesiones para sacar un promedio de los cigarros que cada asistente fuma hasta el día antes de suspenderlo.

Este autorregistro se lleva en unas hojas en las cuales se anota el nombre y fecha y se llena un cuadro en donde se ponen todos los cigarros fumados ese día con la hora, lugar, actividad y la razón por la que se fumó, dichas razones vienen enumeradas para que sólo se marque el número que corresponda. Las nueve razones son las siguientes: 1. En compañía, por imitación. 2. siente agradable los movimientos de fumar y el ver el humo, 3. con el café o después de comer, 4. por tristeza, cansancio o poca concentración, 5. por nerviosismo, angustia y/o ansiedad, 6. sin darse cuenta fuma todo el día, 7. al no fumar se siente mal y las molestias se -- quitan al fumar, 8. por placer, 9. otros, diga cual.

Al terminar las dos primeras sesiones se sustituyen los cigarros por chicles de nicotina como apoyo al síndrome de supresión.

f) Autorregistro de tratamiento. - Como se mencionó a partir de la tercera sesión el cigarro se sustituye por chicles de nicotina, llevándose un control de los mismos en una hoja similar a la de la "línea base". Debe también anotarse la hora, el lugar, actividad y razón por la que se masticó el chicle eligiéndose una de las nueve mencionadas en el autorregistro de línea base.

De este material se obtuvieron los datos relevantes para la realización de este estudio.

V. ANALISIS DE RESULTADOS.

El programa del INER se inició desde el año de --- 1980, sin embargo en el presente trabajo únicamente se tomó el lapso comprendido entre 1985, 1986 y primer semestre de - 1987, y no se trabajó con todas las personas que asistieron dentro de ese periodo, sino únicamente con las que cumplieron con los requisitos de admisión y participaron en el programa para eliminar el tabaquismo en su primera fase.

El programa del INER ofrece gran número de bondades que hacen que en términos generales este funcionando de mane- ra eficaz, con los problemas inherentes a cualquier estudio - de su género, pionero y dirigido al público en general.

Es importante señalar que no obstante no existir -- campañas publicitarias la captación de asistentes al trata- miento muestra una tendencia ascendente, excepto en el segun- do semestre de 1985; lo primero podría deberse a que existe - cada vez una mayor conciencia del daño que causa fumar, o a - que cada día existe mayor número de fumadores así también se incrementa la cantidad de personas que desean eliminar el ta- baquismo. (cuadro 2).

CUADRO 2

Distribución del número de participantes por semestre en que asistieron

Año de refe- rencia	Asistentes	%	% válido	% acumulado
1985-1	77	14.6	14.6	14.6
1985-2	54	10.2	10.2	24.9
1986-1	82	15.6	15.6	40.4
1986-2	143	27.1	27.1	67.5
1987-1	171	32.5	32.5	100.0
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987.

El efecto del tratamiento fue favorable ya que de los 527 casos, no respondieron este reactivo 151, y de los 376 que si contestaron 348 de ellos disminuyeron su consumo casi en un 100% al término de las diez sesiones de tratamiento, en comparación con los patrones mostrados tanto al inicio del tratamiento como en la línea base -promedio de las dos - primeras sesiones donde se permite fumar a los asistentes- Se podría hipotetizar sobre la eficacia del programa. (cuadro 3)

CUADRO 3

Cantidad de cigarrillos consumida en la última sesión del programa

Número de cigarrillos	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	348	66.0	92.6	92.6
1 a 5	19	3.6	5.1	97.7
6 a 10	3	0.6	0.7	98.4
16 a 20	1	0.2	0.3	98.7
26 a 30	2	0.4	0.5	99.2
31 a 35	2	0.4	0.5	99.7
36 a 40	1	0.2	0.3	100.0
No respondieron	151	28.6		
Total	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Por otra parte la disminución en el consumo tanto en la línea base como al inicio del tratamiento podría deberse al hecho de ingresar al tratamiento, sentirse apoyados por el grupo y además quizá a la técnica de autorregistro, factores todos que parecen potencializarse.

De los 348 asistentes que no fumaban al término -- del tratamiento 123 no tuvieron recaídas en el lapso de tres meses y medio que dura la fase de seguimiento, esto muestra -- una tendencia a la recuperación en el patrón de fumar, ya que

es una conducta no fácil de extinguir por formar tal vez parte de la estructura psicológica y en muchos adquirida en el periodo de adolescencia que ha sido mantenida y reforzada por un periodo largo de tiempo.

En la fase de selección se cuenta con gran número de estudios y pruebas funcionales, así como con los datos suficientes respecto de los asistentes para hacer una adecuada selección, conocer el estado de salud de los participantes, y poder poner en práctica otra de las técnicas empleadas dentro del programa "la educación para la salud" y administrar con respaldo médico el chicle de nicotina en el momento oportuno.

Durante las diez sesiones grupales se observó que el sólo hecho de ingresar al tratamiento representó por sí mismo una medida de control para el hábito de fumar, ya que el consumo reportó una disminución inmediata, siendo que el patrón de consumo al solicitar ayuda era muy elevado pues el 73.8% de los sujetos fumaban 27 cigarros al día en promedio. (cuadro 4).

CUADRO 4
Número de cigarros consumidos al día al inicio del programa

Cigarros por día	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	7	1.3	1.5	1.5
1 a 5	12	2.3	2.5	4.0
6 a 10	25	4.7	5.2	9.2
11 a 15	47	8.9	9.8	19.0
16 a 20	149	28.3	31.1	50.1
21 a 25	39	7.4	8.1	58.2
26 a 30	68	12.9	14.2	72.4
31 a 35	14	2.7	2.9	75.3
36 a 40	80	15.2	16.7	92.0
41 o más	38	7.2	8.0	100.0
No respondieron	48	9.1		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Lo anterior indica que las personas que padecen tabaquismo acuden a buscar ayuda cuando su patrón de consumo es muy elevado y han hecho intentos de dejar de fumar sin obtener buenos resultados por no tener control sobre los efectos del síndrome de abstinencia o no poder dejar de repetir conductas que hacen evidentes sus niveles de adicción.

Al analizar los resultados también se observó que el 44.1% de los participantes había intentado dejar de fumar por lo menos en una ocasión y el 11.8% en 3 ó 4 ocasiones sin lograrlo. (Cuadro 5).

CUADRO 5

Número de veces que ha dejado de fumar

Veces que ha dejado de fumar	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguna	84	15.9	34.3	34.3
1 a 2	108	20.5	44.1	78.4
3 a 4	29	5.5	11.8	90.2
5 a 6	12	2.3	4.9	95.1
7 a 8	1	0.2	0.7	95.8
9 a 10	6	1.1	0.7	96.5
11 o más	5	0.9	3.5	100.0
No respondieron	282	53.6		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Antes de entrar al programa INER únicamente el 7.2% se había mantenido sin fumar por más de un año, esto tal vez obedece a que la conducta de fumar no se puede modificar fácilmente por formar parte, en algunos casos, de las estructuras psicológicas de la persona y al alto consumo, ya que el 90.5% fumaba entre una y dos cajetillas diarias (cuadro 3).

Además de que las recaídas eran elevadas antes del año tal vez por existir ya una dependencia tanto física como psicológica. El 45.2% no aguantaban ni un mes sin fumar (cuadro 6)

CUADRO 6

Número de meses que duraron sin fumar

Número de meses	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	108	20.5	45.2	45.2
1 a 3	66	12.5	27.6	72.8
4 a 6	17	3.2	7.1	79.9
7 a 9	12	2.3	5.0	84.9
10 a 12	19	3.6	7.9	92.8
Más de un año	17	3.2	7.2	100.0
No respondieron	288	54.7		
T o t a l	527	100.0	100.0	

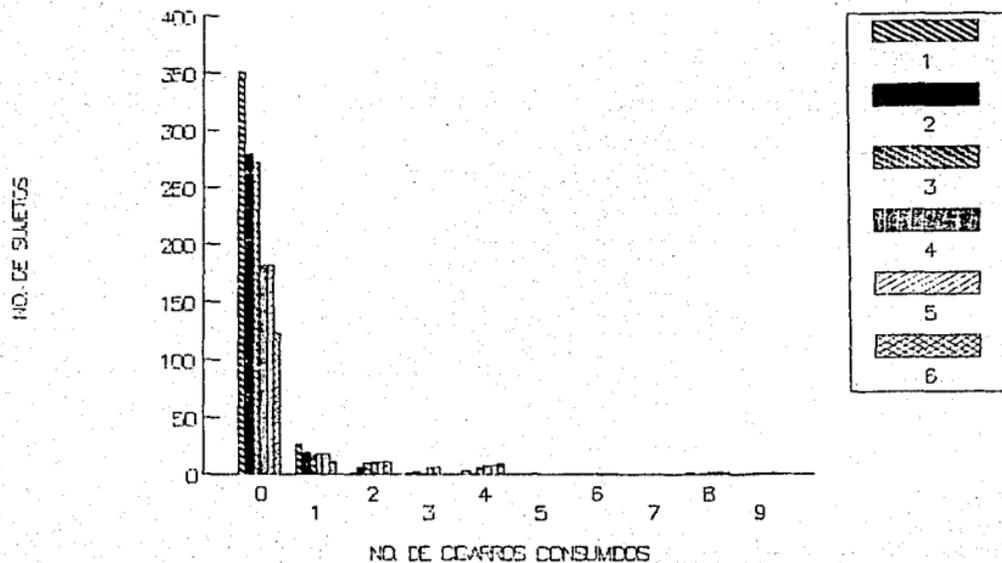
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Seguimientos.- A los 8, 16, 30, 45, 75 y 105 días - después de las diez sesiones, donde el apoyo del grupo ya no es tan fuerte y periódico se observó que sesión a sesión se iba presentando una disminución en la asistencia y un aumento en el consumo (gráfica 1). Esto se puede deber, por un lado, a que los sujetos que dejaron de fumar ya cubiertos sus objetivos se olvidan del programa, y por otro a que quienes recaerón no quieren hablar o aceptar los sentimientos de culpa - y fracaso que puede ocasionarles la recaída y evitan asistir a futuras sesiones.

Para el primer seguimiento los asistentes que continuaban sin fumar un sólo cigarrillo eran 351. (cuadro 7).

G R A F I C A 1

COMPARACION DE LOS SEIS SEGUIMIENTOS



CUADRO 7

Cantidad de cigarros consumidos en el primer seguimiento
(8 días)

Número de cigarros	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	351	66.6	90.9	90.9
1 a 5	26	4.9	6.7	97.6
6 a 10	2	0.4	0.5	98.1
11 a 15	2	0.4	0.5	98.6
16 a 20	3	0.6	0.8	99.4
34 a 40	2	0.4	0.6	100.0
No asistieron	141	26.7		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Para el segundo seguimiento ya no se presentaron a la sesión 218 personas y de los 309 asistentes continuaban sin fumar 279 personas (cuadro 8).

CUADRO 8

Cantidad de cigarros consumidos en el segundo seguimiento
(16 días)

Número de cigarros	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	279	52.9	14.6	90.3
1 a 5	19	3.6	6.1	96.4
6 a 10	6	1.1	1.9	98.3
11 a 15	3	0.6	1.0	99.3
16 a 20	2	0.4	0.7	100.0
No asistieron	218	41.4		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En el tercero, a los treinta días, ya no se presentaron 221 personas y de los 306 que fueron se mantenían sin consumir cigarros 271 asistentes. (cuadro 9).

CUADRO 9

Cantidad de cigarros consumidos en el tercer seguimiento
(30 días)

Número de cigarros	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	271	51.4	88.6	88.6
1 a 5	16	3.0	5.2	93.8
6 a 10	10	1.9	3.3	97.1
11 a 15	1	0.2	0.3	97.4
16 a 20	6	1.1	2.0	99.4
21 a 25	1	0.2	0.3	99.7
40 o más	1	0.2	0.3	100.0
No asistieron	221	42.0		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Para el cuarto seguimiento faltaron 259 personas y de los 268 asistentes continuaban sin probar cigarro 222 personas. (cuadro 10).

CUADRO 10

Cantidad de cigarros consumidos en el cuarto seguimiento
(45 días)

Número de cigarros	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	222	42.1	82.8	82.8
1 a 5	17	3.2	6.3	89.1
6 a 10	13	2.5	4.9	94.0
11 a 15	3	0.6	1.1	95.1
16 a 20	10	1.9	3.7	98.8
26 a 30	1	0.2	0.4	99.2
36 a 40	1	0.2	0.4	99.6
40 o más	1	0.2	0.4	100.0
No asistieron	259	49.1		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En el quinto seguimiento, habiendo transcurrido 75 días de terminadas las 10 sesiones, no fueron 299 personas y únicamente 181 continuaban sin fumar. (cuadro 11).

CUADRO 11

Cantidad de cigarros consumidos en el quinto seguimiento
(75 días)

Número de cigarros	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	181	34.3	79.4	79.4
1 a 5	18	3.4	7.9	87.3
6 a 10	11	2.1	4.8	92.1
11 a 15	6	1.1	2.6	94.7
16 a 20	8	1.5	3.5	98.2
26 a 30	1	0.2	0.4	98.6
36 a 40	2	0.4	0.9	99.5
40 o más	1	0.2	0.5	100.0
No asistieron	299	56.8		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Y al término de las seis sesiones de seguimiento -- los asistentes que ya no continuaron eran 370 y de los 157 -- que se presentaron únicamente no habían vuelto a fumar 123.

Se puede observar claramente como el número de cigarros consumidos en las personas que asistieron iba en aumento. (cuadro 12).

También la media de consumo muestra un incremento paulatino hasta llegar a 3 cigarrillos en el último seguimiento en promedio como se ve a continuación:

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EL PROMEDIO DE CONSUMO (MEDIAS) EN LA LÍNEA BASE, ÚLTIMA SESIÓN Y LOS SEIS SEGUIMIENTOS.

Línea base	15.88	3 seguimiento	1.18
Última sesión	0.72	4 seguimiento	2.06
1 seguimiento	0.64	5 seguimiento	2.43
2 seguimiento	0.64	6 seguimiento	2.65

CUADRO 12
Cantidad de cigarrillos consumidos en el sexto seguimiento
(105 días)

Número de cigarrillos	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	123	23.3	78.3	78.3
1 a 5	11	2.1	7.0	85.3
6 a 10	11	2.1	7.0	92.3
16 a 20	9	1.7	5.7	98.0
26 a 30	1	0.2	0.6	98.6
36 a 40	2	0.4	1.4	100.0
No asistieron	370	70.2		
T o t a l	527	100.0	100.0	

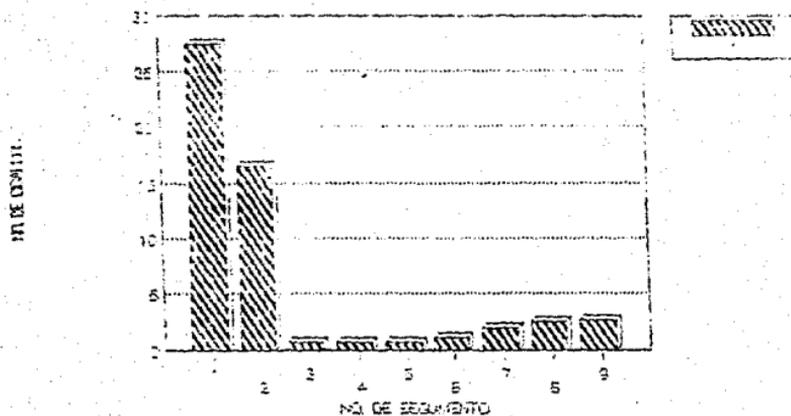
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Con base en los datos anteriores y a la tendencia de consumo en los seguimientos podría considerarse que el patrón tiende a la recuperación. Esto podría deberse, como se mencionó en el capítulo II, a que en la adicción existe imposibilidad de abandonar el cigarrillo ya que la dependencia psíquica está determinada posiblemente por elementos muy primarios del desarrollo de la personalidad. Y a que socialmente el consumo está muy fomentado y aceptado. Además de que la técnica de "dinámica de grupo" empleada en el tratamiento, ya no se realiza con la misma frecuencia y tal vez el asistente se siente desamparado.

No obstante todo lo anterior el contraste de medias entre la línea base, el inicio, final del tratamiento y los seis seguimientos arrojan datos de una considerable disminución. (gráfica 2).

GRAFICA 2

FREQ. MEDIA DE CONSUMO POR SEGMENTO



CODIGO DEL EJE X

1

PRINCIPAL

ULTIMAS

2

3

4

5

6

7

8

9

De los 527 casos consultados se observó que en cuanto a la edad no se presentan al tratamiento menores de 15 años, sin embargo se sabe que el 93.5% inician el consumo de cigarro antes de los 24 años (cuadro 13) lo cual puede indicar que los individuos en la adolescencia quieren sentirse mayores a toda costa, o desean sentirse aceptados por el grupo de convivencia y no tienen profunda conciencia del daño que causa el cigarro, además de no sentir, todavía, ningún malestar ni los primeros signos de deterioro y dependencia.

CUADRO 13

Número de sujetos por edad en que iniciaron a fumar

Edad de inicio al fumar	Asistentes	%	% válido	% acumulado
0 a 14	147	27.9	30.7	30.7
15 a 24	301	57.1	62.8	93.5
25 a 34	27	5.1	5.6	99.1
35 a 44	1	0.2	0.2	99.3
45 a 54	3	0.6	0.7	100.0
No respondieron	48	9.1		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

La mayoría de los asistentes fluctuaban entre el rango de 35 a 44 años lo que indica que 20 años después de haberse iniciado en el consumo de tabaco es cuando se busca ayuda. Esto podría explicarse por el hecho de que es en este momento cuando ya se hicieron manifiestos los daños causados por el cigarro. (cuadro 14)

Con referencia al estado civil se encontró que la gran mayoría de los sujetos son casados, esto se puede deber

a que existe una coincidencia entre las edades en que los individuos se presentan al programa y las edades en que la población contrae matrimonio. (cuadro 15)

CUADRO 14
Distribución de los participantes por edad

Edad	Asistentes	%	% válido	% acumulado
15 a 24	25	4.7	4.8	4.8
25 a 34	119	22.6	22.9	27.7
35 a 44	181	34.9	34.9	62.6
45 a 54	113	21.4	21.8	84.4
55 o más	81	15.4	15.6	100.0
No respondieron	8	1.0		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

CUADRO 15
Distribución de los participantes por su estado civil

Estado civil	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Soltero (a)	72	13.7	15.0	15.0
Casado (a)	327	62.0	68.1	83.1
Viudo (a)	17	3.2	3.5	86.6
Divorciado (a)	34	5.5	7.1	93.7
Unión libre	16	3.0	3.3	97.0
Otra	14	2.7	3.0	100.0
No respondieron	47	9.9		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En cuanto a la variable sexo no existen diferencias significativas ya que se presentan al programa casi igual número de hombres que de mujeres a solicitar ayuda para dejar de fumar. (cuadro 16)

Cuadro 16
Distribución de los participantes por sexo

Sexo	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Masculino	270	51.2	51.2	51.2
Femenino	257	48.8	48.8	100.0
T o t a l	527	100.0	100.0	

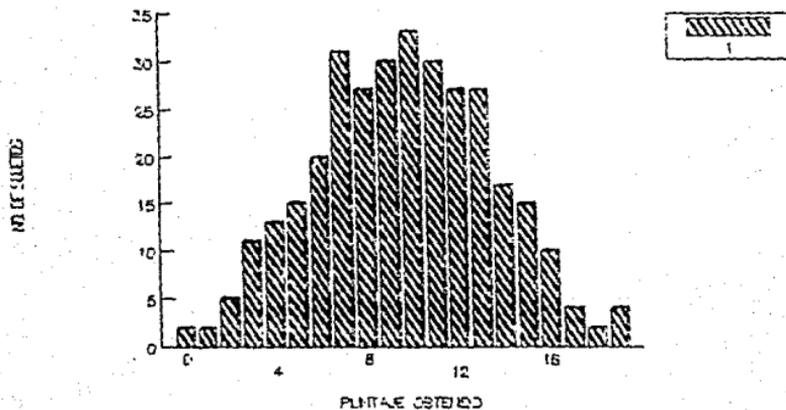
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

De los resultados obtenidos en el cuestionario --- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) para obtener un perfil de personalidad de los asistentes, se puede decir que el grupo estudiado en la escala de validez presentó una distribución normal, con una media de 9.64 y una desviación estandar de 3.85 en un rango de 0 a 19. La distribución de la población en esta escala fue mas homogénea que en las otras tres. El intervalo de normalidad quedó delimitado entre 6 y 13. El 15% de los participantes obtuvo puntajes inferiores a 6 y el 16% superiores a 13. (gráfica 3)

En relación a la escala de intraversión-extraversión "E" la distribución también está ligeramente sesgada hacia la derecha; la media de la población fue de 12 y la desviación estandar de 3.92, en un rango de 0 a 24. El intervalo de normalidad estuvo delimitado por las calificaciones 8 y 16. En esta escala el 20% de la población obtuvo puntajes inferiores a 8 y sólo el 11% superiores a 16. Por lo que la población estudiada aparece como más intravertida que extravertida. (gráfica 4)

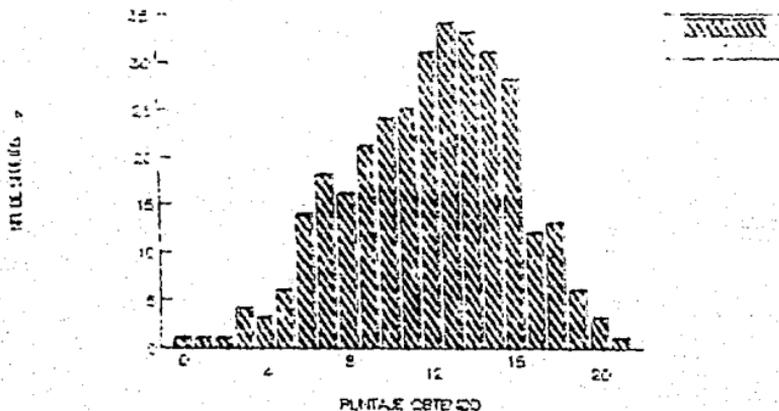
Gráfica 3

PUNTAJE EN LA ESCALA DE VALIDEZ



Gráfica 4

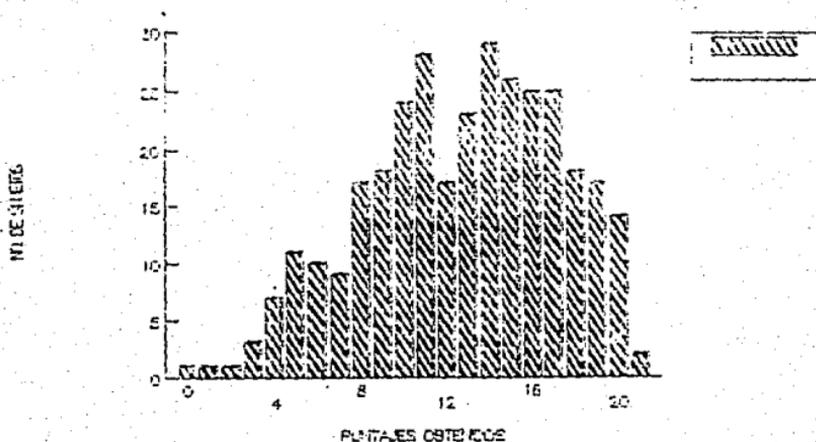
PUNTAJE EN ESCALA DE INTRA-EXTRAVERSION



El grupo estudiado en la escala de neurotisismo "N" obtuvo una media de 12.7 con una desviación estandar de 4.47 en un rango de 0 a 21. El parámetro de normalidad quedó determinado entre las puntuaciones de 8 a 17, únicamente el 10% de la población obtuvo calificaciones superiores a 17 e inferiores a 8. La distribución de los puntajes presenta un ligero sesgo hacia las puntuaciones altas, lo que indica que la población estudiada presenta tendencias al neurotisismo, lo que era de esperar ya que desde la selección se excluyen a las personas con características psicóticas por no ser conveniente ya que se trabaja en grupos. (gráfica 5)

Gráfica 5

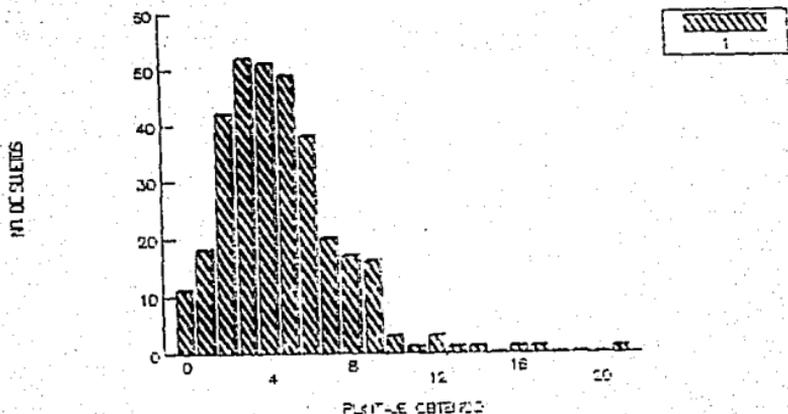
PUNTAJE EN LA ESCALA DE NEURTISISMO



Por último en la escala de psicotisismo "P" se -
 mostró una distribución sesgada hacia las puntuaciones bajas
 con una media de 4.64 y una desviación estandar de 7.83, en
 un rango de 0 a 21. Es importante señalar que en esta escala
 se obtuvieron puntuaciones extremas que pudieron haber afectado
 las medidas de tendencia central y la desviación estandar.
 El intervalo de normalidad estuvo delimitado por los
 puntajes 2 y 7, sólo el 9% de los participantes puntuaron me-
 nos de 2 y el 14% por arriba de 7. La distribución es muy ho-
 mogenea. (gráfica 6)

Gráfica 6

PUNTAJE EN LA ESCALA DE PSICOTISISMO



Con relación a los 123 asistentes que permanecieron sin fumar hasta terminado el periodo de seis seguimientos, - esto es tres meses y medio, no se observaron diferencias notorias con relación al total de la muestra estudiada.

Se puede decir que este 23.3% que continuaron sin fumar no presentan características especiales.

Con relación al consumo de ellos al inicio del tratamiento el 35.3% fumaba entre 16 y 20 cigarrillos y el 73.3% fumaban entre 1 y 35 cigarros al día en comparación con el - 73.8% del total de la muestra. (cuadro 17)

CUADRO 17

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por número de cigarros consumidos al día al inicio del programa.

Cigarros por día	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguno	2	1.7	1.7	1.7
1 a 5	2	1.7	1.7	3.4
6 a 10	5	4.0	4.3	7.7
11 a 15	11	8.9	9.5	17.2
16 a 20	41	33.3	35.3	52.5
21 a 25	5	4.0	4.3	56.8
26 a 30	19	15.4	16.4	73.2
31 a 35	2	1.7	1.7	74.9
36 a 40	21	17.0	18.1	93.0
40 o más	8	6.6	7.0	100.0
No respondieron	7	5.7		
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En relación a los veces que habían intentado dejar de fumar antes de ingresar al programa INER 36.7% lo habían intentado 1 o 2 ocasiones en comparación con el 44.1% de los 527 casos estudiados. (cuadro 18)

CUADRO 18

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por el número de veces que han dejado de fumar

Veces que ha dejado de fumar	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Ninguna	21	17.0	35.0	35.0
1 a 2	22	17.9	36.7	71.7
3 a 4	13	10.6	21.7	93.4
5 a 6	3	2.5	5.0	98.4
11 o más	1	0.8	1.6	100.0
No respondieron	63	51.2		
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En lo que se refiere a la edad de inicio de los asistentes que dejaron de fumar el 94.8% iniciaron antes de los 24 años muy similar al porcentaje obtenido del total de la muestra estudiada que fue de 93.5%. (cuadro 19)

CUADRO 19

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por la edad en que iniciaron a fumar

Edad de inicio al fumar	Asistentes	%	% válido	% acumulado
0 a 14	36	29.2	31.3	31.3
15 a 24	73	59.3	63.5	94.8
25 a 34	6	4.9	5.2	100.0
No respondieron	8	6.6		
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En cuanto a la edad de los participantes que no recayeron el 37.7% tenían entre 35 y 44 años que es muy similar al porcentaje de los 527 casos. (cuadro 20).

CUADRO 20

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por su edad

Edad	Asistente	%	% válido	% acumulado
15 a 24	4	3.3	3.3	3.3
25 a 34	28	22.8	23.0	26.3
35 a 44	46	37.4	37.7	64.0
45 a 54	31	25.2	25.4	89.4
55 o más	13	10.5	10.6	100.0
No respondieron	1	0.8		
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Con referencia al estado civil de los 123 asistentes que no fumaron más el 72.2% son casados, esto es que la mayoría son casados al igual que en el caso de los 527. (cuadro 21).

CUADRO 21

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por su estado civil

Estado civil	Asistentes	%	% válido	% acumulado
Soltero (a)	15	12.2	13.0	13.0
Casado (a)	83	67.5	72.2	85.2
Viudo (a)	6	4.9	5.2	90.4
Divorciado (a)	7	5.7	6.1	96.5
Unión libre	3	2.4	2.6	99.1
Otra	1	0.8	0.9	100.0
No respondieron	8	6.5		
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

En cuanto a la variable sexo hubo mayor número de hombres que continuaron sin fumar que mujeres. A diferencia del total de la muestra estudiada que no existía casi diferencia lo que muestra que hay mayor número de recaídas en las mujeres que en los hombres. (cuadro 22).

CUADRO 22

Distribución de los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos por sexo

S e x o	Asistentes	%	% válido	%acumulado
Masculino	68	55.3	55.3	55.3
Femenino	55	44.7	44.7	100.0
T o t a l	123	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

Con relación a las escalas del EPQ aplicado a los - 123 asistentes que no tuvieron recaídas la escala de neurotismo "N" obtuvo una media de 12.6 que es la misma obtenida por el total de los participantes en el programa, con una desviación estandar de 4.1 en un rango de 3 a 20. El parámetro de normalidad también al igual que el de los 527 asistentes, quedó entre las puntuaciones de 8 y 17. (cuadro 23)

Para finalizar la escala de psicotismo "P" obtuvo una media de 4.63 y una desviación estandar de 3.14 en un rango de 0 a 21. Esta distribución también como la de la población estudiada se sesgó hacia las puntuaciones bajas. (cuadro 24)

Con relación a las medias obtenidas en la muestra que se empleó para estandarizar el EPQ ninguno de los grupos estudiados presenta una media similar a la obtenida por estos 527 casos. El grupo de alcohólicos estudiado para la estandarización del EPQ obtuvo una media de 48.3 con una desviación estandar de 11.7.

CUADRO 23

Puntajes obtenidos en la escala de neurotisisismo "N" del EPQ para los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos.

Puntaje	Asistentes	%	% válido	% acumulado
3	1	0.2	1.0	1.0
4	2	0.4	2.1	3.1
5	3	0.6	3.1	6.2
6	2	0.4	2.1	8.3
7	3	0.6	3.1	11.4
8	5	1.0	5.2	16.6
9	9	1.7	9.4	26.0
10	6	1.1	6.3	32.3
11	8	1.5	8.3	40.6
12	6	1.1	6.3	46.9
13	6	1.1	6.3	53.2
14	9	1.7	9.4	62.6
15	8	1.5	8.3	70.9
16	9	1.7	9.4	80.3
17	8	1.5	8.3	88.6
18	5	1.0	5.2	93.8
19	2	0.4	2.1	95.9
20	4	0.8	4.1	100.0
No respondieron	27	5.1		
Volvieron fumar	404	76.6		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

CUADRO 24

Puntajes obtenidos en la escala de psicotisisismo "p" del EPQ para los asistentes que continuaron sin fumar hasta el término de los seis seguimientos.

Puntaje	Asistentes	%	% válido	% acumulado
0	5	1.0	5.3	5.3
1	4	.8	4.3	9.6
2	11	2.0	11.6	21.2
3	14	2.6	14.6	35.8
4	22	4.1	22.9	58.7
5	14	2.6	14.6	73.3
6	10	2.0	10.4	83.7
7	2	.4	2.0	85.7
8	5	1.0	5.3	91.0
9	4	.8	4.3	95.3
10	1	.2	.9	96.2
12	2	.4	2.0	98.2
14	1	.2	.9	99.1
21	1	.2	.9	100.0
No respondieron	27	5.1		
Volvieron fumar	404	76.6		
T o t a l	527	100.0	100.0	

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 1987

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo con lo estudiado sobre el tabaquismo se sabe que es un grave problema de salud pública que va en aumento y que hay que contrarrestar desde muy diversos ángulos como serían el legal, la prevención, campañas de concientización entre otros. En cuanto al aspecto social y jurídico, en México falta una legislación al respecto donde existe una mayor restricción en cuanto a lugares públicos donde este permitido fumar o la venta de cigarrillos a menores, ya que estas son razones que favorecen el tabaquismo en nuestro país, no así en otros países del extranjero lo cual además propicia que las industrias tabacaleras coloquen su mercancía en países como México, que permite y fomenta a través de la publicidad, el consumo de tabaco, y no hace un contrapeso exponiendo los daños masivos que causa tanto a fumadores como no fumadores.

Aunado a lo anterior no existen en México suficientes programas preventivos y de difusión a nivel nacional ni programas de investigación permanente para conocer el comportamiento, daños causados y algunas características de personalidad de fumadores mexicanos.

Además de no haber ninguna conciencia del grave problema y del daño irreparable que el tabaco causa para lo cual deberían existir programas informativos y preventivos continuos en las escuelas primarias y secundarias ya que es a la edad -

de 15 a 24 años en donde la mayoría (62.8%) inicia el consumo de cigarros.

Dado lo anterior en el presente trabajo se sugiere que ya que el INER cuenta con una gran cantidad de valiosa información y con su calidad de Instituto pusiera en marcha, apoyados por estudiantes que realizaran su servicio social o voluntariados, unos programas permanentes de información, prevención e investigación del tabaquismo, lo que permitiría -- crear conciencia entre la población, además de contar con datos de fumadores mexicanos y elaborar planes adecuados para la prevención y eliminación del tabaquismo en México.

Por lo anterior se observa que el programa descrito antitabáquico al cual se hace referencia en la presente tesis cuenta de entrada con grandes limitaciones ya que no existen apoyos como en otros países y se trata de un programa "curativo", que se aplica , a juzgar por los datos aportados en el análisis de resultados, en personas que ya se sienten enfermas, piensan que el seguir fumando les hará daño y a que la mayoría de los casos experimentan los daños causados por el tabaco, ya que tienen aproximadamente 20 años consumiendo tabaco a razón de 27 cigarros diarios en promedio.

No obstante las limitaciones tanto nacionales como del propio programa se puede afirmar que el programa propuesto por el INER mostró su eficacia sobre todo en lo que se refiere a la fase de las diez primeras sesiones, esto es en un periodo de cinco semanas, es aquí donde se pudo apreciar el -

hecho significativo de que el 66.0% de los asistentes logró disminuir el consumo de tabaco casi en un 100% en comparación con lo que fumaba al inicio del tratamiento.

No obstante como ya se hizo notar se encontró que a mayor tiempo transcurrido los índices de casos que se pierden también se incrementaban al finalizar los tres meses y medio de seguimiento. Lo cual mostró que los logros tan encaminables obtenidos en las diez sesiones corren el riesgo de perder su eficacia si no se pone atención a la fase de seguimiento que es donde se presentan problemas de deserción y de recuperación de la conducta de fumar. Esto podría deberse a que se pierde el reforzamiento que consiste en la retroalimentación y apoyo social dado por el grupo y quizá porque la conducta de fumar ya forma parte de las estructuras psicológicas y fue de lenta adquisición y es de baja tasa de cambio.

Lo anterior implicaría reforzar los seis seguimientos de la manera que se propone a continuación:

a) modificar las indicaciones que se le dan actualmente al paciente en el momento de establecerse el contrato terapéutico, en que se le dice que este consta únicamente de diez sesiones y seis posteriores lo cual sugiere una separación y el esfuerzo por parte de los asistentes se concentra en alcanzar la meta de las diez sesiones, por lo que se recomienda dejar establecido que el tratamiento consta de 16 sesiones dando un peso igual al proceso en su totalidad.

b) en las sesiones de seguimiento emplear técnicas que hayan dado los mejores resultados en las primeras sesiones del programa y utilizar dinámicas preestablecidas en donde las psicólogas provoquen tocar temas tales como: rompimiento de mi tos, duelo, pérdida de autoimagen, modificación de conducta, entre otras.

Y proporcionar un apoyo psicológico en los casos que se presenta una mayor dificultad y que hayan vuelto a fumar o incrementar el número de cigarrillos, desglosando en que momento, lugar y las razones que lo hicieron fumar y como poder evitarlo tomando en cuenta sus rasgos de personalidad y apoyando telefónicamente durante los tres días inmediatos. Ya en funcionamiento las medidas anteriormente sugeridas se recomienda:

c) hacer más prolongado el periodo de seguimiento ya que pocas personas dejan de fumar sin ayuda por más de seis meses como se ha demostrado en otros grupos de prevención contra las drogas.

Es indispensable llevar a cabo estudios que permitan establecer los factores que juegan un papel preponderante en el consumo de tabaco, tales como: ansiedad, depresión, uso de las manos y compulsión a la repetición.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aragones, R.
 Tabaquismo
 Tesina de licenciatura
 México UNAM, 1981
- Balzaretti G., Mónica
 Estudio comparativo de personalidad en adolescentes
 farmacodependientes (inhaladores Vs. no inhaladores)
 a través del MMPI y del EPQ
 Tesis de licenciatura
 México UNAM, 1981
- Bellsola, D.
Alcohol y tabaco (un nuevo cólera disfrazado)
 México Ed. Olimpo, 1975
- Berkman, M. Aida
 Comparación de un tratamiento a corto plazo con uno a
 largo plazo basados en la terapia conductual para el
 control de tabaquismo
 Tesis de maestría
 México UNAM, 1983
- Castelnuovo, A.P.
 Función respiratoria, angustia y desarrollo del yo
Revista de psicoanálisis
 Abril-junio Tomo XXVIII No. 2 pp. 375-389
 Buenos Aires Asociación Psicoanalítica Argentina, 1971
- Centros de Integración Juvenil
Revista de farmacodependencia
 A° 1 Número 1
 México CIJ, mayo 1981
- Eysenck H.J. y Eysenck SBG
Manual de Eysenck Personality
Inventory (adult)
 San Diego Educational and Industrial testing Service, 1975
- Freud, S.
 Inhibición, síntoma y angustia (2833-2883)
Obras completas Tomo III
 Madrid Ed. Biblioteca Nueva, 1973
- Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis
 Lección XXXII La angustia y la vida instintiva (3146-3164)
Obras completas Tomo III
 Madrid Ed. Biblioteca Nueva, 1973

- Garma, E.; Kalina, A.
Psicología del fumador
 Buenos Aires, Rodolfo Alonso Editor, 1971
- Herman, C.; Herrera Gómez, F.
 Estudio comparativo y aplicación de dos técnicas de
 autocontrol en la modificación de la conducta de fumar
 Tesis de licenciatura
 México, UNAM, 1979
- Laplanche, J.; y Pontalis, J.B.
Diccionario de psicoanálisis
 México, Editorial Labor, S.A., 1979
- Lara, Asunción
 Programa conductual para el manejo de tabaquismo
 Trabajo presentado en la I. Reunión sobre investigación
 y enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría
 México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982
- Lara, A.; Balzaretto, G.M.; Oñate, R. MG.; Gómez, G.
 Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución
 de salud pública
Salud Pública, Núm. 26
 México, Salud Pública, 1984
- Mahler, H.
Smoking of health, the choice is yours
 India, Nurs J. 1980
- Masironi, R.
 Lucha contra el tabaquismo epidémico
Crónica de la Organización Mundial de la Salud No. 33
 Ginebra, OMS, 1979
- Organización Mundial de la Salud
 Comité de expertos de la OMS en drogas que causan dependencia
14 informe Serie de Informes técnicos 312
 Ginebra, OMS, 1965
-
- Report of a who expert comitee
 Smoking control strategies in developing countries
 Génova OMS, 1983
- Rabadán, F. Concepción
 Análisis psicodinámico en dibujos de un grupo de niños
 con asma
 Tesis de maestría
 México UNAM, 1985

Revista de la Secretaría de Salud
 Programa contra el tabaquismo
 Consejo Nacional contra las adicciones
 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y
 Organización Panamericana de la Salud
 México, INER, 1986

Rius, R.E.
Cómo suicidarse sin maestro
 México, Ed. Posada, 1972

Rubio, M.N.; Selman, M.
 El cigarro nos consume
Información científica y tecnológica
 Vol. 9 Núm. 124
 México, Información científica y tecnológica, 1987

Russell, M.A.H.
 The smoking habit and its classification
The pract 212
 Behavior research and therapy
 Londres, the pract, 1974

Russell, M.A.H.; Pelo, J.; Patel, U.A.
 The classification of factorial structure of motives
 J.R. Statist Soc. AA 137 3o. parte
 Londres Statist Soc. 1974

San Juan, M.A.; Ibañez, L.P.
El tabaco
 Madrid, Ed. Mezquita, 1983

Sharon, F.
 Por los editores de Prevention Magazine
Cómo reanimarse en forma natural
 México, Ed. Universo, S.A., 1984

Siegel, S.
Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta
 México, Trillas, 1975

Stacker, K. Bartman, U.
Psicología del fumar
 Biblioteca de Psicología
 Barcelona, Ed. Herder, 1977

Tamerin, J.
The psychodynamics of quitting smoking in a group
American Journal of Psychotherapy, noviembre 1972

Tapia Juayeck, R.
Tabaquismo
Salud Publica en México
Vol. XXII, Núm. 6, noviembre-diciembre
México, Salud Pública, 1980

Williams G.; Hudson, A.; Reek, C.
Cigarette smoking manifest anxiety and somatic symptoms
Houston Baptist University
Houston, Pergamon Press Ltd., 1982

Winnicott, D.W.
Realidad y Juego
Buenos Aires, Garnica Editor Psicoteca Mayor, 1972

ANEXO 1

Hoja de concentración de información

Año	Total de asistentes
Grupo Núm.	Sexo masculino
Dirigido por	Sexo femenino

Clave

Sexo
 Edad
 Estado civil *
 Edad en que empezó a fumar
 Cigarros que fuma al día
 Ha intentado dejar de fumar
 Cuantos meses duró sin fumar
 Porque acude a la clínica **
 Fumaba al inicio del tratamiento
 Línea base
 Última sesión
 1o. seguimiento
 2o. seguimiento
 3o. seguimiento
 4o. seguimiento
 5o. seguimiento
 6o. seguimiento

L

E

N

P

- * 1. soltero (a)
 2. Casado (a)
 3. Viudo (a)
 4. Divorciado (a)
 5. Unión libre
 6. Otro especifique

- ** 1. Enviado por otra persona
 2. Cree que le hará daño fumar
 3. Ya se siente enfermo

ANEXO II

VARIABLES DE NIVEL DE MEDICION NOMINAL

Año y semestre en que acudió a la clínica

Sexo

Estado civil

Ha intentado dejar de fumar

Porque acude a la clínica

Validez "L"

Extraversión-intraversión "E"

Neurotisismo "N"

Psicotisismo "P"

ANEXO III

VARIABLES DE NIVEL DE MEDICION INTERVALAR

Edad

Edad en que empezó a fumar

Cigarros que fuma al día

Cuántos meses duró sin fumar

Cigarros que fumaba al inicio del tratamiento

Cigarros que fumaba en la línea base

Cigarros que fumaba en la última sesión

en el primer seguimiento

en el segundo seguimiento

en el tercer seguimiento

en el cuarto seguimiento

en el quinto seguimiento

en el sexto seguimiento