



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



CARRERA DE PSICOLOGIA

001
31921
G3-
1986-2

TABAQUISMO: ANALISIS DE TRATAMIENTOS Y DESCRIPCION DE RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LA APLICACION DE UN PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR.

TESIS DONADA POR
D.G.B. - UNAM

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
MONICA GARCIA PATIÑO
HECTOR A. GAVALDON CAMARENA

Asesor: Lic. José de Jesús Vargas

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"I Z T A C A L A"

Los Reyes, Iztacala

1986





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A nuestros padres

Que con su esfuerzo,
confianza y dedicación con
tribuyeron a que alcanzdra
mos este objetivo.

A cada uno de los asesores
y maestros que con su trabajo y
preparación influyeron en nues-
tra formación profesional.

Agradecemos de manera especial

- *A la Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio de la Secretaría de Salud por la orientación prestada.*
- *A la Dirección General de Administración de Recursos Financieros de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos por su colaboración para hacer posible la presentación de este trabajo.*
- *Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico facilitado para la realización de esta investigación.*

INDICE



1000664

Página

INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO	7
- Modelo Farmacológico	7
- Modelos Psicológicos	9
1.- Análisis Conductual Aplicado	9
a. Estrategias de aversión	10
a.1 Choque eléctrico	10
a.2 Humo de cigarro	11
a.2.1 Aire caliente con humo como estímulo aversivo	11
a.2.2 Fumado rápido	12
b. Estrategias de autocontrol	13
b.1 Planeamiento ambiental	13
b.1.1 Control de estímulos	13
b.1.1.1 Incremento del intervalo de presentación del estímulo.	13
b.1.1.2 Reducción jerárquica	14
b.1.1.3 Ejecución de respuesta limitada	14
b.1.2 Contrato de contingencias	15
b.2 Programación conductual	16
2.- Modelo cognitivo	17
a. Estrategias cognitivas asociadas con los procedimientos de aversión	17
b. Control cognitivo	18
c. Desensibilización sistemática encubierta	20
- Recapitulación teórica	21
METODO	27
- Sujetos	27
- Situación Experimental y Terapeutas	27
- Sistema de Registro	27
- Tipo de diseño	28
- Procedimiento	28
+ Entrevista inicial	28
+ Fase A. Línea Base	29
+ Fase B. Tratamiento	29

	Página
+ Fase C. Seguimiento	34
RESULTADOS	34
DISCUSION	48
ANEXOS	
- Gráfica 1	53
- Gráfica 2	54
- Gráfica 3	55
- Gráfica 4	56
- Gráfica 5	57
- Anexo 1. Características de las sujetos	58
- Anexo 2. Formato de Registro	59
- Anexo 3. Cuestionario de tabaquismo	60
- Anexo 4. Modelo de Autoeficacia de Bandura	65
- Anexo 5. Las ideas irracionales que causan y mantienen las perturbaciones emocionales	66
- Anexo 6. Ideas irracionales relacionadas con el cigarro	67
BIBLIOGRAFIA	71

1977-1980

El tabaquismo ha sido un tema de interés para el análisis de diferentes disciplinas científicas enfocadas al estudio de la salud y el comportamiento del ser humano. Investigaciones epidemiológicas y biomédicas recientes han mostrado que el fumar incrementa los riesgos de contraer enfermedades tales como el cáncer pulmonar (Doll y Hill, 1964; Horn, 1968; Amezcua Valadez, 1982; Senties, 1983), enfermedades cardíacas (Doll y Hill, 1964; Doll y Peto, 1976; Friedman, Dales y Ury, 1979; Amezcua Valadez, 1982; Senties, 1983) y enfisema (Horn, 1968; U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1964, 1973). En estas investigaciones el riesgo se calcula con base en el porcentaje de fumadores que han muerto por dichas enfermedades. En relación a esto, se ha calculado que en México, en el año de 1978, eran fumadores el 90% de las personas que murieron por cáncer pulmonar y el 75% de los que murieron por enfisema (datos tomados de la Dirección General de Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978).

A partir del conocimiento de los riesgos de contraer enfermedades asociadas con la conducta de fumar, un elevado número de personas se han interesado en abandonar su hábito. En 1968, Horn reportó que el 53% de los fumadores entrevistados deseaban dejar de fumar. La clara demostración de riesgo y el deseo de muchos fumadores de abandonar su hábito establece la necesidad de investigar sistemáticamente métodos que ayuden a la gente a dejar de fumar y reduzcan el número de personas que empiezan.

A pesar de que existen investigaciones realizadas por médicos, epidemiólogos, psicólogos y sociólogos sobre los orígenes y naturaleza del fumar, los procedimientos generados a partir de éstas y que pretenden reducir o eliminar el tabaquismo todavía no cumplen con ese objetivo, ya que se observa una elevada reincidencia una vez finalizado el tratamiento, la cual es continuamente reportada en los distintos tipos de investigaciones (Lichtenstein y Danaher, 1976; Baer, Foreyt y Wright 1977; Jarvik, 1977; Leventhal y Cleary, 1980).

Dado que las técnicas utilizadas actualmente no eliminan el fumar a largo plazo, es necesario hacer una revisión de éstas así como de los modelos teóricos de los que parten para poder evaluarlas. Por esta razón, en el presente trabajo se pretende evaluar los modelos que se han enfocado al estudio del tabaquismo y de los cuales se han derivado técnicas de tratamiento para eliminar este problema, con objeto de encontrar, en lo posible, una mejor alternativa para atacarlos.

Debido a que una revisión de todos los modelos que se han elaborado para explicar el tabaquismo resultaría en un trabajo demasiado extenso por la diversidad de concepciones que existen, en el presente nos enfocaremos al análisis de tres de éstos (farmacológico, conductual y cognitivo) los cuales se eligieron por ser los que tienen un mayor apoyo experimental, presentan datos cuantificables para apoyar sus conclusiones y tratan de cumplir con el rigor metodológico que una investigación requiere.

La revisión que se haga de los tres modelos nos permitirá reconocer el papel que juegan los elementos considerados por cada uno e identificar otros que no se han tomado en cuenta y que puedan dar solución a las interrogantes que aun faltan por resolver, a partir de lo cual se derive un estudio más íntegro y completo del fenómeno del tabaquismo.

Para cumplir con este objetivo se dividirá el trabajo en dos partes principales. En la primera se describirán los tres modelos señalando cómo conciben el tabaquismo, los tratamientos que surgen de cada uno de éstos y los resultados que se han obtenido; para desprender conclusiones a partir de las cuales se elabore una propuesta alternativa de tratamiento. La segunda parte incluirá el reporte y análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del método de tratamiento derivado de la propuesta, lo cual permitirá establecer las conclusiones finales del análisis realizado.

MARCO TEORICO

Modelo Farmacológico

Partiendo de la concepción del modelo médico, la investigación farmacológica enfocada al tabaquismo está diseñada para detectar los posibles agentes químicos específicos que son responsables tanto de la adicción -- al tabaco como de los daños que el fumar provoca, para desarrollar antídotos contra ellos. Los resultados de dichas investigaciones han mostrado que el candidato más probable para generar la adicción es la nicotina -- (Jarvik, 1970, 1977). De esta manera, se considera que el fumar sirve para regular el nivel de nicotina dentro del organismo y que las bajas en el nivel óptimo de este agente estimulan el fumar (Leventhal y Cleary, -- 1980).

Existe un considerable cúmulo de evidencia que apoya este modelo. En primer lugar, se ha observado que los individuos que cambian de cigarrillos con un alto contenido de nicotina a uno bajo, incrementan el número de cigarrillos fumados, fuman más del cigarrillo e inhalan el humo más profundamente (Frith, 1971; Jarvik, 1973; Ashton y Watson, 1970). Investigando este aspecto, Schachter, Kozlowsky y Silverstein (1977) decrem- taron el nivel de nicotina en cigarrillos y obtuvieron resultados que mos- traron un incremento promedio en los cigarrillos fumados de 25.3% para los fumadores consuetudinarios y de 17.5% para los fumadores moderados. Asu- miendo que este cambio reflejaba la necesidad de mantener un nivel de ni- cotina óptimo en la sangre, Schachter y sus asociados compararon los nive- les de fumar en grupos de sujetos que tomaron vitamina C, acidulina, bi- carbonato o píldoras placebo en diferentes semanas. Estas píldoras varia- ron el contenido del pH urinario de los sujetos, lo que a su vez varió -- la tasa de excreción de nicotina. Cuando el pH es bajo (ácido) la nicoti- na (un alcaloide) es excretada y el fumar debe incrementar para recompen- zar esa pérdida; cuando el pH es alto (alcalino) la nicotina es retenida y el fumar debe permanecer a niveles relativamente bajos. Los sujetos que tomaron vitamina C o acidulina incrementaron un promedio de cuatro cig- arrillos por día en un promedio 15-20% mayor que los niveles de línea base; lo que para estos investigadores es evidencia de que los fumadores (prin- cipalmente los consuetudinarios) fumar para regular el nivel de nicotina en la sangre. En segundo lugar, se ha encontrado que el proporcionar cier- tas dosis de nicotina conducen a disminuciones en el consumo de cigarrillos. Licchesi, Schuster y Emley (1967) investigando los efectos que produce la nicotina introducida intravenosamente sobre la frecuencia de fumar, admi-

nistraron este alcaloide en dosis de uno y cuatro miligramos por hora durante un período de seis horas. Sus resultados mostraron que la administración de un miligramo de nicotina no provocó disminuciones en el número de cigarrillos fumados dado que éste se mantuvo constante en todos los sujetos, y que la administración de 4mg ocasionó un decremento promedio en el número de cigarrillos fumados por sujeto de 2.8. Para los investigadores los resultados sugieren que la nicotina juega un papel significativo en el hábito de fumar y que parte del deseo por el cigarrillo puede ser satisfecho por la administración intravenosa de este alcaloide.

A pesar de que los estudios anteriores muestran cierta relación entre la nicotina y el fumar, no se puede afirmar que el mantenimiento de este hábito se deba únicamente a este factor por varias razones. En primer lugar, aunque los fumadores incrementan su consumo cuando se les proporcionan cigarrillos con niveles bajos de nicotina, la regulación del nivel de nicotina en la sangre no varía en relación directa comparada con el cambio inducido experimentalmente. Por ejemplo, en el experimento realizado por Schachter y colaboradores (1977) un decremento promedio del 77% en el nivel de nicotina en los cigarrillos produjo solamente un incremento del 17--25% en el consumo de cigarrillos por parte de los sujetos.

En segundo lugar, el suministro de dosis de nicotina equivalentes al consumo de cigarrillos no produce un decremento comparable a aquel que se podría esperar para considerar que el mantenimiento del hábito se fundamenta en la regulación de la nicotina. Al respecto, podemos mencionar que varias investigaciones (Pierce, 1941; Harlan y Mosekey, 1955) han -- mostrado que un cigarrillo estándar con un peso aproximado de un gramo contiene alrededor de 20 mg de nicotina de la cual solo 1.2 a 3 mg penetran en el plasma sanguíneo. Por lo tanto, dosis de nicotina de 4mg administradas intravenosamente cada hora podría ser equivalente a la cantidad absorbida del alcaloide durante el consumo de uno a dos cigarrillos estándar por hora. En el experimento realizado por Lucchesi y Colaboradores (1967) el haber proporcionado dosis altas de nicotina (4 mg) produjo leves reducciones en el número de cigarrillos fumados, lo que evidencia que la nicotina desempeña cierto papel dentro del hábito de fumar, pero que la regulación de este agente en el organismo no es el único factor que determina que las personas fumen.

Existen otros argumentos que demuestran que el mantenimiento del hábito no se fundamenta únicamente en la regulación de nicotina en el organismo. En primer lugar se observa una gran reincidencia en el hábito después de haber transcurrido de tres meses a un año de la cesación de fumar, período de tiempo suficiente para que los niveles de nicotina sean

nulos (Jacobs, Knapp, Rosenthal y Haskell, 1970). En segundo lugar, existen fumadores de cigarrros de lechuguilla, los cuales no contienen nicotina. En tercer lugar, existen investigaciones que demuestran que las personas fuman por diferentes razones, por ejemplo, para regular ansiedad, por estimulación, deseo, etc. (Ikard, Green y Horn, 1967; Tompkins, 1966) y -- que esta conducta varía de acuerdo a las diferentes situaciones a las que el sujeto se enfrenta, dado que se ha observado que los fumadores, tanto leves como consuetudinarios, fuman más en fiestas, exámenes profesionales, exposiciones, etc. (Schachter, Silverstein, Kozlowsky, Herman y Liebling, 1977) lo que hace suponer que existen otro tipo de factores distintos a los farmacológicos que intervienen en la conducta de fumar y que están relacionados no solo con los efectos que tiene la nicotina en el organismo, sino con las relaciones que se establecen entre el individuo y su medio y que de alguna forma influyen en esta conducta. Por esta razón, para que se pueda dar una explicación más amplia de este problema es necesario buscar otro tipo de modelos que tomen en cuenta dichas relaciones.

La consideración de otros modelos distintos del farmacológico para explicar la conducta de fumar representan la inclusión de la aproximación psicológica al estudio de este problema, dado que a partir de la misma se pretenden establecer las causas del comportamiento de los individuos con base en su relación con el medio ambiente. A continuación se desglosarán los puntos principales de los dos modelos psicológicos incluyendo la explicación que dan éstos del problema estudiado, así como las herramientas terapéuticas que se derivan de dichas concepciones.

Modelos Psicológicos

1.- Análisis Conductual Aplicado.

El Análisis Conductual Aplicado involucra un conjunto de técnicas que surgen directamente del condicionamiento operante y representan un esfuerzo por construir una tecnología aplicada para cambiar la conducta humana con base en los principios y hallazgos obtenidos en el laboratorio animal bajo condiciones controladas (Ri bes, 1975).

Este tipo de análisis al enfocarse al estudio de problemas tales como el tabaquismo, enfatiza en control de los eventos ambientales antecedentes y consecuentes en la determinación de dicha conducta. De esta manera, la explicación que se hace de la conducta de fumar a partir de esta aproximación puede describirse a partir del análisis realizado por Pomerleau (1980) en el que se señala que el hábito de fumar se adquiere bajo condiciones de reforzamiento social, típicamente a través de presiones so

INTRO

ciales. Inicialmente la inhalación del humo es aversiva, pero después de una práctica suficiente ocurre la habituación (o tolerancia) y la conducta empieza a proveer suficiente reforzamiento positivo por sí misma para sostenerse independientemente del reforzamiento social y generalizarse a otras situaciones distintas de aquellas en las que se emitió originalmente.

Por virtud de estar asociadas con el fumar, algunas situaciones (por ejemplo, un paquete de cigarrillos) pueden servir como estímulo discriminativo, estableciendo la señal para que se presente la respuesta de fumar. -- Más aun, los estímulos que son discriminativos para el hábito de fumar -- (por ejemplo, sacar un cigarrillo del paquete) pueden funcionar como reforzadores secundarios para las conductas que los preceden (por ejemplo, observar a otros fumar) y también como estímulo discriminativo para las conductas que lo siguen (por ejemplo, encender el cigarrillo), formando una cadena eslabonada de respuestas (el ritual del fumador).

A partir de esta aproximación se han derivado técnicas de tratamiento enfocadas a la eliminación de los estímulos tanto discriminativos como reforzadores, que controlan la conducta de fumar. A continuación se hará una revisión de las técnicas de tratamiento derivadas de esta aproximación y que se han utilizado con más frecuencia por los investigadores interesados en esta área.

a.- Estrategias de aversión.

Este tipo de estrategias se utilizan al tratar problemas conductuales como el alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, y están diseñadas para recondicionar estados negativos opuestos a los que están condicionados al fumar, de tal manera que se rompa con la vinculación que existe entre el fumar y los aspectos positivos asociados con éste, haciendo de este hábito una conducta no placentera. Los estímulos aversivos más comúnmente empleados son: el choque eléctrico y el humo del cigarrillo.

a.1 Choque eléctrico.

Consiste en la administración de estímulos eléctricos de uno a dos miliamperes (mA) más intensos de lo que los sujetos habían considerado como tolerables en las evaluaciones anteriores al tratamiento. En el estudio realizado por Powell y Azrin (1968) se utilizó un paquete de cigarrillos que automáticamente causaba choques cuando se abría. Estos investigadores variaron la intensidad del choque con tres sujetos y encontraron que la reducción del fumar estaba relacionada con la intensidad del estímulo punitivo, también encontraron que mientras mayor era la intensidad del choque los sujetos usaban menos tiempo el aparato, además de que después de

algunas sesiones rehusaron continuar en el estudio. Sin embargo, antes de ser introducidos en el experimento los sujetos no habían indicado ningún deseo de dejar de fumar, es posible que con sujetos que lo desearan los efectos negativos observados disminuyeran grandemente.

En el estudio realizado por Lichtenstein y Danaher (1976) se reporta el caso del experimento realizado por Whaley, Rosencrantz y Knowles (1976) en el que se utilizó un aparato similar al de Powel y Azrin (1968), se encontró que nueve de los diez sujetos voluntarios eran abstinentes un mes después de que la unidad había sido retirada, y que diez eran todavía abstinentes 18 meses después de la terminación del tratamiento. Sin embargo, como Lichtenstein y Danaher (1976) señalan, "los requerimientos del aparato limitan la utilización práctica de este enfoque".

Ober (1968) trabajó con sujetos voluntarios y utilizó un sencillo aparato portátil para provocar choques eléctricos que los sujetos activaban por ellos mismos. Todos los sujetos en este experimento dejaron de fumar al terminar el tratamiento y recayeron posteriormente, lo que sugiere que con este método se puede suprimir temporalmente la conducta de fumar.

En la revisión realizada por Lichtenstein y Danaher (1976) se concluye que la emisión de un choque contingente a la conducta de fumar produce supresión temporal, sobre todo cuando dicha emisión es autoadministrada y se hace en el ambiente natural.

a.2 Humo de cigarro.

Morganster (1974) sugirió que la inhalación del humo puede ser un estímulo potencialmente aversivo que produce una extremada reacción implacentera. Este investigador demostró que esta particularidad sirve como --tratamiento para respuestas desadaptadas (como el comer excesivamente), a sí como de estímulo aversivo para atacar la conducta de fumar. El humo --del cigarro como estímulo aversivo se ha utilizado principalmente en dos formas: a) soplando aire caliente con humo en la cara del sujeto y b) fumando rápido.

a.2.1 Aire caliente con humo como estímulo aversivo.

Wilde (1964); Franks, Fried y Ashem (1966) aplicaron aire caliente en la cara cuando el sujeto encendía un cigarro, cuando ya no lo toleraba y apagaba su cigarro recibía aire fresco. En estos estudios se obtuvieron grandes diferencias entre los sujetos ya que se observó que algunos disminuyeron su conducta de fumar, otros cambiaron a pipa y pocos dejaron el -

hábito. Además, hubo una gran deserción. En estos experimentos no hubo grupo control, por lo tanto, Grimaldi y Lichtenstein (1967) replicaron el procedimiento de Franks y Colaboradores (1960) añadiendo controles. Sus resultados mostraron que el tratamiento tuvo poco efecto a largo plazo ya que solo cinco personas de diez fumaron menos del 50% (con respecto a sus datos iniciales) después de un seguimiento a un mes.

a.2.2 Fumado rápido.

Esta técnica requiere que los sujetos fumen rápida y continuamente - hasta quedar hastiados de hacerlo. Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl (1973) desarrollaron el siguiente procedimiento: Se le pide a los sujetos que fumen su marca favorita de cigarrros inhalando cada seis segundos y que continuen fumando de esta manera hasta que sean incapaces de tolerar otra inhalación. Los resultados de varios estudios en los que se ha utilizado este procedimiento (Lichtenstein y colaboradores, 1973; Harris y Lichtenstein, 1971) han encontrado que aunque se observa un gran decremento en el fumar al finalizar el tratamiento, la recaída es muy pronunciada durante los tres primeros meses de haber terminado éste.

Para concluir con las estrategias de aversión se señalarán sus limitaciones a partir de lo indicado por Lichtenstein y Danaher (1976). Estos investigadores señalan que existen limitaciones inherentes al control aversivo entre las cuales algunas se refieren al fundamento ético o estético de mucha gente que abandona los tratamientos por las características aversivas de los mismos. Otras hacen referencia a las limitaciones de su uso por los riesgos físicos involucrados con ciertos estímulos aversivos y que pueden excluir de su aplicación a los individuos más necesitados de tratamiento. Por otra parte, las estrategias de aversión existentes tienen la meta limitada de producir cesación a corto plazo lo que aviva nuestra investigación por otros principios y métodos que puedan producir un mayor mantenimiento del cambio.

b.- Estrategias de autocontrol.

Comparado con el procedimiento de aversión, el programa de autocontrol hace que el sujeto participe más activamente en las definiciones y desarrollo de su propio régimen de tratamiento. El enfoque de autocontrol en el individuo como agente de cambio y la aplicación de las técnicas de intervención en el ambiente natural prácticamente aseguran que el tratamiento tendrá algún impacto en el mundo real del paciente. Las estrategias de autocontrol se pueden clasificar (de acuerdo a Thoresen y Mahoney, -- 1974) en dos categorías principales: Planeamiento ambiental y programación conductual.

b.1 Planeamiento ambiental.

Una clase principal de los procedimientos de autocontrol basados en la evidencia investigativa del laboratorio animal busca reducir el fumar mediante el reordenamiento de las circunstancias prevalecientes bajo las que este ocurre. Existen principalmente dos tipos de planeamiento ambiental para reducir el fumar: el control de estímulos y el manejo de contingencias.

b.1.1. Control de estímulos.

El control de estímulos ha sido la base para un grupo de procedimientos clínicos que intentan controlar la conducta desadaptada cambiando sistemáticamente las situaciones de estímulo prevalecientes en las cuales la respuesta problemática ocurre (Lichtenstein y Danaher, 1976). Desde esta perspectiva se considera que el fumar ha llegado a estar vinculado con una gran variedad de eventos ambientales que han llegado a servir de estímulos discriminativos para la respuesta de fumar. Se han desarrollado tres estrategias principales para lograr el control de estímulos del fumar: Incremento del intervalo de presentación del estímulo, reducción jerárquica y ejecución de respuesta limitada.

b.1.1.1. Incremento del intervalo de presentación del estímulo.

Esta estrategia permite el continuar fumando pero limitando su ejecución a tiempos particulares que son señalados por un aparato. Una vez establecida la nueva señal del fumar a tiempos específicos, se incrementa gradualmente el tiempo de intervalo entre su presentación. Ejemplos de esta aproximación son el experimento realizado por Powell y Azrin (1968) en el que una cajetilla de cigarrillos cerraba automáticamente por un periodo de tiempo después de haber sacado un cigarrillo, y el experimento de Upper y Meridith (1971) en el que se utilizaron cronómetros de bolsillo para seguir los programas. En el primer experimento se observó que las tasas de fumar de cinco sujetos se redujeron gradualmente de un promedio de dos paquetes y medio por día a medio paquete diario. Sin embargo, existieron varias limitaciones con el uso de esta técnica: La cajetilla de cigarrillos preprogramada es de costo elevado lo que reduce la utilidad práctica del aparato, además de que se observó que una vez que se retiró dicho mecanismo las tasas de fumar regresaron a su estado inicial. Por otra parte, aunque el experimento de Upper y Meridith (1971) mostró que los sujetos que utilizaron cronómetros obtuvieron mayores reducciones en su conducta de fumar que los sujetos control a los que se les dijo que redujeran gradualmente por su cuenta, en el seguimiento a un año se observó que los sujetos de ambos grupos habían vuelto a su nivel de línea base. Por lo tan-

to, los resultados de ambos experimentos muestran que con la utilización de esta técnica se obtienen reducciones a corto plazo las cuales se pierden después de algunos meses de haber terminado el tratamiento.

b.1.1.2 Reducción jerárquica.

En este procedimiento se pide a los sujetos que registren su conducta de fumar y que identifiquen situaciones en las cuales tal conducta pueda tener una alta o baja probabilidad. Se desarrolla una jerarquía basada en la dificultad presumida de reducir el fumar en una situación dada o el gozo de fumar en otra. El sujeto luego reduce su consumo en forma acumulativa y progresiva desde la situación más sencilla a la más difícil dentro de la jerarquía.

En una investigación (Marston y McFall, 1971) se instruyó a los sujetos a dividir su día en cuatro partes equivalentes y eliminar progresivamente el fumar desde la más sencilla hasta la más difícil. Se encontró -- que las tasas de fumar del grupo control y de tratamiento eran iguales -- tanto en el postratamiento como en los seguimientos a los tres y seis meses. Las tasas de fumar para todos los sujetos en el seguimiento fueron del 69% de la línea base, lo que indica efectos absolutos mínimos. En otros estudios (Gutmann y Marston, 1967; Pumroy y March, 1966) también se encontró una reducción mínima del fumar en los seguimientos al utilizar este procedimiento.

b.1.1.3 Ejecución de respuesta limitada

Esta técnica consiste en la delimitación de las circunstancias bajo las cuales el fumar es permitido. Este procedimiento requiere que la conducta de fumar ocurra únicamente en un lugar determinado en el que se eviten todos los posibles reforzadores acompañantes. Un ejemplo común consiste en hacer que el sujeto fume solo sentado en una "silla fumadora" localizada en el garage. Dos procedimientos reportaron una exitosa aplicación de este método para eliminar el fumar (Nolan, 1968 y Roberts, 1969). Sin embargo, en éstos los sujetos experimentales eran el experimentador mismo o la esposa de éste. Además, estos hallazgos no fueron replicados en el estudio de Karen y Bogardus (1973) los cuales encontraron un regreso consistente a los niveles de línea base por parte de los sujetos que participaron en el estudio.

En resumen, cabe señalar que, como mencionan Lichtenstein y Danaher (1976) "en contraste al éxito encontrado para controlar excesos conductuales de otro tipo (por ejemplo obesidad) las aproximaciones del control de estímulos a la reducción o eliminación del fumar no han sido intensivas. Los sujetos parecen encontrar muchos de los procedimientos aburri-

dos y terminan con el tratamiento. A pesar de esto, los procedimientos de control de estímulos han seguido siendo utilizados como resultado de lo -- persuasivo del modelo propuesto y del enfoque relativamente indoloro de -- permitir el fumar mientras que se limitan únicamente las situaciones en -- las cuáles éste puede ocurrir " (Lichtenstein y Danaher, 1976, pág. 111).

b.1.2 Contrato de contingencias

Para Lichtenstein y Danaher (1976) el término contrato de contingencias enfocado a la reducción del fumar se refiere a los acuerdos hechos - por el fumador con otros individuos para ayudarlo a modificar su hábito. El contrato como método de control de fumar ha tomado dos formas principal^{mente}: los sistemas de depósito y los contratos sociales. El primero hace referencia a que el sujeto que entra en el tratamiento deja cierta cantidad de dinero o alguna posesión material que puede ser pérdida por transgresiones al mismo. En dos experimentos en los que se utilizó el sistema de depósito como principal técnica controladora del fumar (Elliott y Tighe, 1968; Winett, 1973) se encontró una reducción del fumar al finalizar el trata^{miento} y una relativa reducción en los seguimientos a los seis meses. --- Aunque hubo recaídas sustanciales en todos los grupos, los fumadores de - bajas frecuencias mostraron una tendencia significativa a permanecer abstinentes. Para los autores, los resultados implican que esa técnica pue^{de} ser aplicada exitosamente a las personas que fuman ocasionalmente y -- recomiendan que se utilice combinada con otras técnicas para los fumadores asiduos.

En los contratos sociales se intentan usar más explícitamente las -- contingencias sociales como medio para motivar la reducción o abstinencia del fumar. Por ejemplo, Nehemkis y Lichtenstein (1971) entrenaron a una - muestra de parejas casadas para que se reforzaran reciprocamente para alcan^{zar} las metas de reducción graduada. Se alcanzó una considerable reduc^{ción} por parte de las parejas durante el tratamiento y en seguimientos a corto plazo, pero un seguimiento de seis meses indicó una considerable re^{caída}.

En conclusión, los procedimientos de planeación ambiental para controlar el fumar han tenido resultados que se han caracterizado por carecer e uniformidad, ya que los procedimientos de control de estímulos fallan -- en producir cesación en la mayoría de los casos. El contrato de contingencias ha mostrado más promesas sobre todo con fumadores ocasionales, pero -

los seguimientos en ambas técnicas muestran una gran reincidencia a largo plazo.

b.2 Programación conductual.

En esta categoría el individuo autoadministra e inicia la estrategia controladora. De la literatura existente de aprendizaje operante se pueden trazar dos categorías que enfatizan la autorecompensa y el autocastigo. En la primera, el fumador se autoasigna un premio por evitar exitosamente el fumar, mientras que en la segunda el fumador se autocastiga por transgresiones a un estándar impuesto. Ellis y Abrahams (1980) señalan que una persona que cumple exitosamente con lo propuesto puede autogratificarse mediante el realizar una actividad sumamente placentera para él mismo. Por lo contrario, cuando no cumple con los criterios que se impone puede castigarse ya sea quemando un billete (por ejemplo, uno de diez mil pesos) o bien, contribuyendo económicamente a una causa que odia. El autocastigo al igual que la autocompensa varía de persona a persona, y lo que para uno puede ser castigante para otro puede ser reforzante, de ahí por qué de la importancia de autoimponerse los premios y los castigos. La auto-programación de recompensas y castigos para reducir el fumar ha sido utilizada generalmente como ayuda accesoria a la implementación de un programa de tratamiento de autocontrol. Sin embargo, dentro de los pocos estudios que se han realizado utilizando únicamente esta estrategia para reducir el fumar (por ejemplo, Axelrod, Hall, Weis y Rohrer, 1974), se ha encontrado que las contingencias deben ser lo suficientemente reforzantes o aversivas para poder producir cambios en la conducta de fumar. Axelrod y colaboradores (1974) encontraron que los sujetos que tuvieron que dar un dólar por cada cigarrillo que fumaban fueron abstinentes en un seguimiento a los 50 días, mientras que los sujetos que pagaban 25 centavos por cada cigarrillo continuaban fumando. Los autores señalan que la cuota de 25 centavos por el fumar probablemente no sea lo suficientemente aversiva.

Para concluir con el modelo conductual enfocado al tabaquismo -- cabe señalar que a pesar de que las técnicas de tratamiento son congruentes con la concepción de la que parten, dado que por medio de éstas se tratan de controlar los estímulos antecedentes y/o consecuencias que se suponen determinan la conducta de fumar, los resultados de los experimentos en los que se le ha utilizado reflejan que algunas -

estrategias tienen efectos reductivos de la conducta de fumar sobre todo a corto plazo. Sin embargo, la ineffectividad de algunas de estas técnicas para modificar dicha conducta (aún a corto plazo), así como el elevado índice de reincidencia a largo plazo permite suponer que esta aproximación es incapaz de explicar el problema en su totalidad, lo que establece la necesidad de buscar otros elementos que permitan conocer el fenómeno en una mayor amplitud.

2. Modelo Cognitivo.

En los últimos años se ha observado un incremento en la realización de investigaciones enfocadas a la evaluación del papel que juegan los procesos cognitivos en el mantenimiento de la conducta de fumar (Cautela, 1971; Danaher, 1976; Koenig y Master, 1965). Estas investigaciones han surgido a raíz de los escasos resultados obtenidos por medio de la terapia conductual y abordan los aspectos mediacionales que han sido excluidos de los análisis conductuales tradicionales.

Las técnicas de tratamiento que se han derivado de este modelo se enfocan a la modificación de los procesos cubiertos de la conducta de fumar, dado que se supone que esta conducta está determinada no solo por eventos ambientales, sino que también en el mantenimiento de la misma se incluye la estimulación provocada por las cogniciones del sujeto a manera de autoverbalizaciones e imágenes. Las investigaciones que se han desarrollado con intención de cambiar las cogniciones del paciente se pueden clasificar principalmente en tres tipos: las asociadas con los procedimientos de aversión, los de autocontrol y las de desensibilización sistemática encubierta.

† a) Estrategias cognitivas asociadas con los procedimientos de aversión.

Este tipo de estrategias surgieron para facilitar la generalización y/o mantenimiento de los resultados obtenidos al utilizar los procedimientos de aversión para abordar el problema de tabaquismo, aunque también se han usado técnicas como sensibilización cubierta que están diseñadas para condicionar una imagen aversiva al deseo de fumar, para así poder eliminarlo o reducirlo.

Un ejemplo de los estudios que han utilizado la terapia cognitiva asociada con los procedimientos de aversión en el tratamiento de fumar, corresponde al experimento realizado por Berecz (1976), en el

cual se hacía que los sujetos imaginaran vívidamente la secuencia cognitiva provocada por el fumar y se proporcionaran un choque eléctrico - ante tal imagen. Se encontró que la autoadministración de choques por las cogniciones provocadoras del fumar resultaban en reducciones más grandes que cuando el choque se daba contingente a la conducta de fumar. Sin embargo, estos resultados solo fueron obtenidos en los hombres (tres en total), ya que las mujeres (también tres) interrumpieron el tratamiento.

En el procedimiento de sensibilización cubierta para tratar el -- problema del tabaquismo (Cautela, 1971), tanto la conducta problema como el estímulo aversivo son presentados imaginariamente haciendo que el sujeto imagine primero que se está preparando para fumar, y que luego se imagine que empieza a experimentar náusea o vómito. Una dimensión de escape es introducida en este punto instruyendo al sujeto para que se imagine que se siente mejor cuando se aleja o rechaza sus cigarrillos. Wagner y Bragg (1970) encontraron que una combinación de desensibilización sistemática y sensibilización cubierta era superior a -- ambos procedimientos aislados; sin embargo, la reducción y cesación del fumar no se mantuvo a largo plazo. En varios estudios (Fuhrer, --- 1971; Lawson y May, 1970; McCallum, 1971; Sipich, Russell y Tobias, - 1974; Weiss, 1974; Wisocki y Rooney, 1974) la sensibilización cubierta no fue más efectiva que otros tratamientos o controles y/o la reducción absoluta de fumar alcanzada fue relativamente mínima. Por esta razón, Lichtenstein y Danaher (1976) señalan que " la evidencia que apoya la sensibilización cubierta en la modificación de la conducta de -- fumar parece ser relativamente débil, aunque la economía y portabilidad sugieren que merece un estudio empírico adicional" (pág. 105).

b) Control cognitivo.

Una categoría de los procedimientos de autocontrol involucra la manipulación explícita del sujeto de su conducta cognitiva (pensamientos, autoinstrucciones, etc) como una estrategia de control de fumar. Lichtenstein y Danaher (1976) señalan que hasta la fecha el esfuerzo investigativo más grande en el área de control cognitivo del fumar ha sido dirigido a un grupo particular de procedimientos conocidos como " control coverante".

Lloyd Homme (1965) estableció el nombre de "coverante" para referirse a las operantes cubiertas (covert operants, en inglés) o esa clase

se de conducta que solo el individuo observar u experimentar. Ejemplos comunes de coverantes incluyen pensamientos, imágenes u deseos. Homme (1965) señaló que las coverantes están influenciadas por las mismas contingencias de reforzamiento que las formas más abiertas de conducta y que pueden por lo tanto ser tratadas por medio de las estrategias conductuales de cambio. Este autor consideraba que la implementación estratégica de coverantes particulares podría funcionar como una herramienta terapéutica efectiva para cambiar conductas desadaptadas. Este proceso de modificación cubierta ha llegado a ser conocido como "terapia de control coverante". En el procedimiento general de esta terapia el cliente piensa en dos autoinstrucciones - cubierta llamadas enunciados coverantes. La primera se enfoca a los aspectos aversivos de la conducta problemática excesiva y la segunda a los cambios positivos que pudieran surgir de la reducción de la conducta problemática.

Danaher (1976) utilizó el control coverante para reducir el fumar de un estudiante de 28 años de edad. Los enunciados coverantes fueron definidos como pensamientos en contra del fumar y pensamientos a favor del no fumar. En este estudio los pensamientos en contra del fumar reflejaron los aspectos aversivos del fumar que habían sido los que el sujeto había tomado como base para interesarse en abandonar el hábito (los pensamientos en contra del fumar del sujeto fueron: "haces que Jorge y María se sientan enfermos por tu fumar", "algún día causarás un incendio", etc). Los pensamientos a favor del no fumar fueron definidos como opuestos a los pensamientos en contra del fumar y eran pensamientos que reflejaban un incremento que podía ocurrir una vez que él dejara de fumar (el sujeto utilizó los siguientes pensamientos a favor del no fumar: serás capaz de escalar montañas sin agotamiento, ahorrarás 120 dólares al año, serás fuerte y saludable", etc). El eslabón final en la estrategia de control coverante involucra la autoadministración de una recompensa contingente a la emisión de enunciados coverantes.

En el procedimiento seguido por este experimento, el sujeto además de autoreforzarse contingentemente por utilizar los enunciados coverantes, se proporcionó recompensas demoradas cuando su ejecución de enunciados alcanzaba un nivel del 90%. Los resultados mostraron que el sujeto al término del tratamiento dejó de fumar y que en los seguimientos realizados a uno, ocho y 78 meses después del final del tratamiento, continuaba siendo absti-

nente. Dahaner concluyó que estos estudios proveen evidencia de que la terapia de control coverante puede ser una herramienta terapéutica poderosa para producir reducciones tanto inmediatas como la largo plazo de la conducta de fumar. Sin embargo, estos resultados no pueden considerarse como conclusivos dado que, como Mahoney (1983) señala, "otros estudios han examinado la efectividad del control coverante en el control de la conducta de fumar (Johnson, 1968; Hark, 1970; Gardiner, 1971) y sus resultados muestran que dicho procedimiento no ha sido exitoso en la reducción o eliminación de esta conducta" (pág. 100).

c) Desensibilización sistemática encubierta.

Los procedimientos propuestos por Wolpe (1958) de desensibilización sistemática fueron enfocados a la conducta de fumar por Koenig y Masters (1965). Estos investigadores hipotetizaron que la conducta de fumar es frecuentemente provocada por la ansiedad producida en el sujeto al enfrentarse a situaciones conflictivas y consideraron que si el estímulo que conduce al fumar (la ansiedad) es desensibilizado, el fumar podría disminuir su frecuencia. Koenig y Masters (1965) diseñaron un procedimiento en el cual se enseñaba primero a los sujetos a relajarse y después se introdujeron ítems que representaban jerárquicamente situaciones ansiosas que conducían al fumar, empezando con las situaciones que producían menos ansiedad hasta llegar a aquellas que producían mayor ansiedad. Cuando los sujetos reportaban ansiedad y deseos de fumar al imaginarse la situación en un ítem, se les pedía que se relajaran hasta que dejaran de sentirlos. Inmediatamente después se presentaba el siguiente ítem. Los resultados en este estudio indicaron que mediante esta técnica se obtuvieron reducciones muy leves del fumar, manteniéndose solo a corto plazo.

En el estudio realizado por Pyke, Agnew y Kopperud (1966) se mostró que el estímulo asociado con el fumar no necesariamente produce ansiedad, sin embargo, estos investigadores sugirieron que la relajación puede ser útil condicionándola como una respuesta alternativa para el fumar, y que con esto se rompiera el vínculo entre el estímulo evocador y el fumar. Retomando esto, Morganster y Ratliff (1969) realizaron un estudio para condicionar la relajación como respuesta alternativa al fumar aplicando el procedimiento de desensibilización sistemática empleado por Koenig y Masters (1965). Sus resultados mostraron que solo tres sujetos de ocho dejaron de fumar completamente y que los cinco restantes solo redujeron su fumar (hasta el 50%). Los autores indicaron que la desensibilización

sistemática puede ser útil para los sujetos que deseen dejar de fumar, y señalaron que los resultados obtenidos durante el tratamiento solo se mantienen en un periodo muy corto de tiempo.

A pesar de que los procedimientos de desensibilización sistemática han sido efectivos para tratar conductas tales como las fobias, no han tenido el mismo éxito en el tratamiento del tabaquismo. Esto se debe, posiblemente, a que en la fobia se da una respuesta de ansiedad provocada por un estímulo específico. El fumar, además de no ser provocado únicamente por situaciones de ansiedad (ya que algunas personas fuman por aburrimiento, otras por el deseo de saborear el tabaco después de una comida), es una conducta que en caso de ser evocada por situaciones de ansiedad, no es un estímulo específico el que la ocasiona. Ahora bien, dado que no es posible desensibilizar la gran variedad de estímulos provocadores de ansiedad que pueden desencadenar el fumar se puede afirmar que las reducciones en esta conducta se deben a que dicho tratamiento provee de una respuesta alternativa al fumar, la relajación. Como pudo ser visto, en los estudios realizados en los que se utilizó la relajación como respuesta alternativa, solo se obtuvieron resultados positivos entre las personas que reportaron estar dispuestas a dejar de fumar, y aun entre éstas, es grande el número de personas que reinciden a largo plazo.

Por medio de la evaluación de estas técnicas que involucran aspectos mediacionales se puede observar que a pesar de que éstas toman en cuenta otros elementos ignorados (tales como las cogniciones de los pacientes), sus resultados no difieren de los anteriores enfoques dado que los débiles logros obtenidos difícilmente se mantienen a largo plazo.

Recapitulación Teórica.

A partir de la revisión de los procedimientos derivados de los tres modelos podemos señalar, a manera de conclusión, que la investigación farmacológica enfocada al tabaquismo ha permitido detectar el sustrato fisiológico asociado con esta conducta. Es innegable que la nicotina desempeña cierto papel en el mantenimiento del fumar, sobre todo en los fumadores consuetudinarios (Frith, 1971, Jarvik, 1973, Ashton y Watson, 1970; Schachter, Kozłowski y Silverstein, 1977). Sin embargo, los resultados que se han derivado de una amplia investigación (tanto farmacológica como psicológica) permiten afirmar que -- cualquier explicación que suponga que el tabaquismo se origina y man-

tiene únicamente por los efectos de agentes químicos en el organismo, establecerá un reduccionismo al ignorar la interacción que existe entre el sujeto y su medio ambiente, lo cual influye para que la conducta se dé de una manera específica (Lichtenstein y Tanaher, 1976; Leventhal y Cleary, 1980).

Por otra parte, la aproximación que considera que el tabaquismo -- puede explicarse a partir de la determinación de los estímulos tanto an tecedentes como consecuentes que se supone controlan esta conducta, ha generado procedimientos terapéuticos que se han caracterizado por la incapacidad de producir cesación a largo plazo, y con algunas de estas -- técnicas aun a corto plazo, lo que refleja que la manipulación de los - estímulos que acompañan a la conducta de fumar no es suficiente para -- producir la cesación de esta hábito. Por último, la manipulación de -- ciertos aspectos cognitivos que se consideran relacionados con el taba- quismo no ha producido los efectos deseados, lo que también es muestra - de que el manejo de algunos aspectos mediacionales no ha repercutido de una manera significativa en el tratamiento del problema del tabaquismo.

Ante esta situación es importante considerar que cada una de las a- proximaciones analizadas toma en cuenta aspectos involucrados en la con- ducta de fumar, pero su estudio se restringe a una área específica. A pe sar de que los esfuerzos terapéuticos que han utilizado estas técnicas - no han conducido a una cesación completa de la conducta de fumar a largo plazo, el análisis hecho por cada una de estas ha permitido identificar elementos importantes del fenómeno que tienen que ser tomados en cuenta por cualquier otro modelo que pretenda explicar el problema de una mane- ra más completa.

Ahora bien, ante la imposibilidad de las técnicas actuales para pro ducir un cambio radical en la conducta de fumar es necesario desarrollar procedimientos terapéuticos que abarquen otros aspectos distintos a los considerados actualmente, pero que tomen en cuenta los elementos que se han identificado como importantes para explicar esta conducta. A continua ción, describiremos cómo concebimos al tabaquismo y su tratamiento, inclu yendo nuestras consideraciones acerca de las posibles razones por las que los modelos revisados anteriormente no han tenido éxito al tratar el problema del consumo excesivo de cigarrillos.

A partir de la revisión realizada se ha reconocido que el tabaquismo es una conducta que involucra una serie de factores sociales, biológicos, cognitivos y conductuales y que su consumo excesivo está asociado con varias enfermedades, algunas de ellas mortales. De particular interés en el

estudio de este fenómeno resulta el hecho de la gran reincidencia posterior al tratamiento que se observa aun entre los sujetos que reportan que quieren dejar de fumar. La premisa principal en la que se centra -- nuestro análisis consiste en la suposición de que esta dificultad está vinculada con el tipo de relación que establece el sujeto con el cigarro, sobre todo con la manera en la que el fumador concibe este objeto. Para nosotros el mayor problema ante el cual se enfrenta el tabacómano consiste en la suposición por parte del sujeto de que sin el cigarro es incapaz de actuar de una manera adecuada. Cuando una persona establece este tipo de suposición hablamos de que entabla una relación de dependencia ante el cigarro, lo que se manifiesta en una gran ansiedad por parte del sujeto cuando no tiene cigarrillos, o bien, en el efecto conocido de querer abandonar el hábito y reincidir en éste.

El proceso mediante el cual una persona llega a depender del cigarro (es decir, a suponer que éste es indispensable y que no puede actuar sin él) involucra una serie de variables cognitivas, sociales, ambientales y biológicas en interacción. Además de que sabemos que existen factores fisiológicos y ambientales que contribuyen al mantenimiento del fumar, consideramos que la dependencia tiene también una estrecha relación con los procesos cognitivos asociados con esta conducta. Pensamos que la conducta de fumar está asociada a una serie de procesos cognitivos desadaptados y que en muchas ocasiones surge como una respuesta equivocada ante los eventos de la vida del paciente.

Para explicar con mayor precisión el fundamento de las afirmaciones anteriores, describiremos a continuación nuestra concepción del papel que juegan los procesos cognitivos en el comportamiento humano. Esta -- concepción está basada principalmente en los trabajos realizados por -- Mahoney (1983) y Meichenbaum (1977) y considera, al igual que estos autores, que el ser humano es un organismo complejo capaz de una gran adaptación, que se encuentra en una permanente relación de reciprocidad con su medio y cuyos cambios conductuales se encuentran bajo la influencia de su estado fisiológico actual, su historia de aprendizaje, la situación ambiental existente y una variedad de procesos cognitivos interdependientes (atención selectiva, procesos de comparación, clasificación inferencial, etc.). De esta manera, El aspecto más importante del ser humano (y que lo distingue de los demás seres vivos) es la mediación que establece el mismo en su proceso de aprendizaje dado que por medio de -- los procesos simbólicos de representación y memoria el hombre puede conectar adaptativamente las experiencias separadas e imponer una organi-

zación sobre las experiencias que facilitan tanto su aprendizaje como su retención. Ahora bien, no siempre la actividad simbólica implica habilidades adaptativas que le permitan al sujeto enfrentarse de una manera adecuada a los eventos de su vida. En muchas ocasiones las representaciones simbólicas que una persona tiene son frecuentemente ingenuas e imprecisas. Mahoney (1983) ha presentado evidencias de que los seres humanos median disfuncionalmente tanto a nivel perceptual, al filtrar selectivamente la estimulación del medio; como a nivel de procesamiento de información, a través de errores de clasificación, procesos de comparación inadecuados, falta de retención, etc. lo que ocasiona que las conductas del sujeto sean desadaptadas.

Consideramos que la dependencia por el cigarro constituye una respuesta inadecuada porque está relacionada con una serie de creencias erróneas que el sujeto mantiene con respecto al cigarrillo, por lo que creemos que para atacar este problema es necesario abordar las creencias vinculadas a dicha conducta y que en conjunción constituyen una estructura cognitiva facilitadora para el fumar. Pensamos que el fumar se sostiene por la interacción que existe entre ese sustrato cognitivo facilitador y variables de tipo ambiental y fisiológico, por lo que consideramos que para atacar este problema es necesario tomar en cuenta también el papel que estos dos últimos factores desempeñan dentro del mismo.

Con respecto al papel que desempeñan los agentes químicos en la dependencia por el cigarrillo, consideramos que estos son de particular importancia sobre todo en fumadores consuetudinarios dado que una vez que ha habido habituación a la droga (lo que ocurre después de un periodo largo de ingestión), la adicción a la nicotina puede ser un factor importante de recaída, por lo que debe ser considerado en el tratamiento de los fumadores consuetudinarios (sobre todo por los síntomas de abstinencia), mas su consideración como condición única, necesaria y suficiente no asegurará el éxito del tratamiento.

Por otra parte, con respecto al papel de los eventos ambientales en relación a la conducta de fumar, podemos afirmar que a nuestro parecer la manera en la que el análisis conductual aplicado enfoca el problema es restringida porque al estipular que la conducta de fumar puede mantenerse únicamente por la estimulación a la que el fumador es sometido, excluye del análisis todos aquellos procesos mediacionales que intervienen en la conducta y que pueden determinar que la misma se presente de una manera específica; tal como serían, por ejemplo, las

creencias del sujeto con respecto al tabaco. Existen publicaciones recientes en las que se resalta la importancia que tienen los eventos mediacionales en la determinación de la conducta, especialmente de la conducta humana (Mahoney, 1983). A partir de éstos se ha podido identificar que existen procesos (tales como la expectancia, la atribución) que evidencian que el ser humano es un ser activo en su propio crecimiento y desarrollo, gracias a lo cual se ha podido identificar al hombre como "un organismo tanto controlado como controlador, un producto y productor de fuerzas ambientales" (Mahoney, 1983, pág. 160). De esta manera, para nosotros, parte de la ineficiencia de los procedimientos conductuales para abordar el tabaquismo se refiere a que no incluyen en su análisis los procesos cognitivos antes mencionados.

A pesar de que cada vez es mayor el número de investigaciones encaminadas a evaluar el papel desempeñado por los procesos mediacionales en la conducta, es importante aclarar que no existe un consenso ni teórico ni empírico para estudiar estos procesos. Por esta razón, los tratamientos derivados de los distintos modelos mediacionales se caracterizan por poseer una gran variedad de métodos distintos que van desde los que están basados en la suposición de que los eventos internos (como el diálogo interno que mantiene el sujeto y que no es observable), son continuos a los externos; hasta aquellos que consideran que la relación de un organismo con su medio es análoga a un sistema cibernético de retroalimentación (Mahoney, 1973).

Los procedimientos cognitivos revisados anteriormente reflejan un enfoque basado en la suposición de que los eventos cubiertos o mediacionales están sometidos a los mismos procedimientos o principios que describen a las conductas explícitas. A partir de esta perspectiva, las cogniciones son consideradas como estímulos y/o respuestas internas que contribuyen a que la respuesta abierta o explícita se dé de una manera específica. Por esta razón, se considera que una adecuada manipulación de los eventos internos puede conducir a la conducta abierta deseada. Los resultados de dichos tratamientos evidencian que la manipulación de estos procesos mediacionales no es suficiente para producir el cambio deseado. Creemos que estos resultados se deben a que a pesar de que consideran algunos aspectos mediacionales (tales como los pensamientos antecedentes del fumar) dichos tratamientos no involucran el manejo de otros procesos mediacionales (tales como sería la capacidad autopercebida de poder dejar de fumar que tiene cada sujeto) que pueden implicar una serie de creencias hacia el cigarro que interfiera con el éxito de

la herramienta terapéutica utilizada. Por esta razón, consideramos que cualquier tratamiento que pretenda modificar la conducta de fumar tiene que tomar en cuenta estos aspectos en conjunción con las variables terapéuticas que implemente.

Para finalizar nuestro análisis señalaremos que es necesario romper con la estructura unidimensional de atacar el problema de manera aislada para poder generar modificaciones en la conducta de fumar que se sostengan a largo plazo. Esto significa que dado que el problema involucra una serie de variables en interacción, es necesario conjugar los esfuerzos - investigativos para producir herramientas terapéuticas más completas.

Los comentarios antes realizados enfatizan la importancia que tiene el modificar las creencias del sujeto con respecto a su propia conducta de fumar, aspecto que suponemos está directamente relacionado con el poco éxito que han tenido los procedimientos tradicionales al atacar este problema. Ahora bien, dado que todos los comentarios realizados hasta el momento con respecto a nuestras suposiciones requieren de un fundamento empírico, a continuación trataremos de complementar el carácter teórico de nuestras hipótesis con el desarrollo e implementación de un tratamiento acorde a nuestra perspectiva y que tome en cuenta los elementos antes mencionados.

Antes de la descripción de dicho tratamiento señalaremos las líneas guías en las cuales se basa. Nuestro método busca la modificación de la respuesta de fumar a partir del manejo de variables cognitivas y ambientales con intención de modificar la dependencia del fumador con respecto al cigarrillo. Como señalábamos, creemos que esa dependencia está - relacionada con una serie de creencias erróneas sustentadas por el fumador, por esto, utilizamos la Terapia Racional Emotiva (TRE) elaborada - por Albert Ellis (1969) con objeto de modificar dichas creencias y proporcionar las bases de una actitud cognitiva más funcional y adaptativa. Además, para facilitar la eliminación de la respuesta de fumar el tratamiento involucra la utilización de algunas técnicas conductuales encaminadas a: 1) controlar las situaciones en las cuales la conducta de fumar se presenta; 2) eliminar la respuesta de fumar por medio de - la realización de actividades incompatibles a ésta; 3) a contracondicionar los efectos reforzantes de la conducta de fumar, y 4) conseguir la reducción paulatina del fumar. El buscar la reducción gradual involucra la consideración de los posibles efectos adictivos presentados por los pacientes como producto de la ingestión prolongada de los agentes

químicos que el cigarro contiene.

METODO

Sujetos

Las características de los cuatro sujetos que acudieron al tratamiento se encuentran esquematizadas en el anexo 1, en el que se puede observar que todos los sujetos eran de sexo femenino y que tenían una edad promedio de 37 años fluctuando entre los 29 y los 58 años. El promedio de años de fumar de las sujetos fué de 21.5, fluctuando entre los 14 y los 42 años. El consumo de cigarros por día varió entre un mínimo de cinco y un máximo de 20 (con un promedio entre todas las pacientes de 13 cigarros por día). Ninguna de las sujetos tenía problemas orgánicos crónicos (tales como enfisema, cáncer pulmonar, etc.) ni asistía a ningún tipo de tratamiento médico o psicológico; sin embargo, todas ellas presentaban síntomas tales como tos matutina, flemas y fatiga al realizar algún tipo de trabajo que requiriera esfuerzo físico. Todas las sujetos fumaban sus cigarrillos hasta la boquilla e inhalaban el humo llevándolo a los pulmones para luego ser exhalado. Por último, todas las pacientes declararon que su conducta de fumar ocurría en situaciones diversas y que habían realizado intentos infructuosos para suprimir esta conducta.

Situación experimental y terapeutas

El tratamiento se llevó a cabo en dos cubículos del area de psicología clínica dentro de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. Este cubículo medía aproximadamente tres metros de largo por dos de ancho, y constaba de un escritorio con una silla para el terapeuta, una silla para el paciente y un pizarrón en el cual se realizaron anotaciones. En dichos cubículos laboraron dos terapeutas atendiendo cada uno de ellos a un paciente. Los terapeutas eran pasantes de la carrera de psicología, los cuales habían realizado con anterioridad prácticas de psicología clínica atendiendo en conjunto un caso a partir de la aproximación terapéutica que sustenta este tratamiento. Los sujetos asistían a los cubículos una vez por semana y las sesiones tenían una duración de una hora.

Sistema de registro

Los registros se realizaron en tarjetas que medían 5 cm de ancho por 12.5 cm de largo, de tal manera que pudieran ser colocadas dentro de la cajetilla del fumador. En estos registros los sujetos anotaban la hora en la que habían fumado un cigarrillo, el lugar en el que lo hicieron y las personas que estaban presentes cuando fumaban, independientemente de que éstas fumaran o no (ver anexo 2). Estos registros se realizaron con el fin de ob-

tener un índice de la conducta del fumador a lo largo de todo el tratamiento, y tenían que ser llenadas diariamente por los sujetos.

Con el objeto de conseguir datos precisos de la conducta del fumador se estableció como un requisito para los sujetos el presentar una serie completa de registros (seis como mínimo) para poder pasar a la siguiente condición. Además, se indicó a los sujetos que registrarán su conducta en el momento en el que abrían la cajetilla para sacar el cigarrillo, de tal manera que incluyeran todos los cigarros que se fumarán sin olvidar ninguno.

Durante las sesiones los terapeutas realizaron anotaciones de las respuestas verbales emitidas por los sujetos y que estuvieran en relación con las creencias de éstos con respecto al tabaquismo, problemas de su vida diaria, etc., y que pudieran servir para la utilización de la TRE. En dichas anotaciones se incluyeron las creencias irracionales de las pacientes, los fundamentos empleados por los terapeutas para rebatirlas y las ideas racionales que surgieran a partir de la disputa racional y que dieran cabida a la decisión de dejar de fumar.

Tanto los registros elaborados por las pacientes como las anotaciones hechas por los terapeutas eran revisadas semanalmente con el fin de determinar el curso del tratamiento que cada paciente recibiría.

Tipo de diseño

En el presente tratamiento se utilizó un diseño de tipo A-B-Seguimiento. La fase A (línea base) tuvo una duración de una semana e incluyó registros de la conducta de fumar de las sujetos tal y como ésta se presentaba habitualmente antes del tratamiento. La fase B correspondió al tratamiento, - el cual se realizó a lo largo de cinco sesiones, una por semana; y la fase de seguimiento incluyó mediciones de la conducta de fumar a uno, tres y seis meses después de haber terminado el tratamiento.

Procedimiento

-Entrevista inicial

Durante esta sesión a todas las sujetos se les pidió que respondieran un cuestionario en el cual se obtuvo información sobre los siguientes aspectos: datos personales, cuadro clínico del fumador, características de su conducta de fumar, historia de dicha conducta y los intentos por dejar el hábito (ver anexo 3). Además, se les dio una explicación en términos generales sobre el contenido del tratamiento y su duración, de tal manera que si las características del tratamiento (ya sea de horarios, lugares, etc.) se ajustaban a los requerimientos de la paciente, se establecía un horario de trabajo con ésta. Por último, se les hicieron indicaciones de que conti-

nuaran fumando como habitualmente lo hacían y no se les dio ningún tipo de registro ni de trabajo para realizar fuera del cubículo.

- Fase A. Línea Base

Para obtener los datos correspondientes a la línea base se enseñó a los sujetos a registrar su conducta de fumar por medio de los formatos proporcionados, explicándoles los puntos contenidos en los registros y realizando ensayos en los cuales se moldeaba y modelaba la forma correcta en la que éstas tenían que registrar su conducta con base en los cigarrillos fumados en el día anterior.

Para evitar que las sujetos modificaran su conducta de fumar se les indicó que continuaran fumando como habitualmente lo hacían y que trataran que los registros no afectaran su consumo de cigarrillos, ya sea aumentándolo o disminuyéndolo, ya que estos datos permitirían hacer evaluaciones sobre la efectividad del tratamiento.

Por otra parte, durante esta sesión también se les dio información acerca de la cuota de cumplimiento, la cual consistió en una cantidad de dinero estipulada por el mismo paciente y que era devuelta en partes conforme éste alcanzara los siguientes criterios de tratamiento:

- 1.- Al principio de la segunda sesión previa presentación de una serie completa de registros.
- 2.- Al principio de la quinta sesión si no había fumado a lo largo de una semana.)
- 3.- Seis meses después del tratamiento si no había fumado desde el término de la última sesión.

Esta cuota fue estipulada con objeto de hacer que las pacientes cumplieran con los requisitos del tratamiento y se implementó en todas las sujetos.

Por último, al final de la sesión se les proporcionaron ocho tarjetas de registro para que fueran llenadas en el transcurso de la semana y que fueran presentadas completas (es decir, una por día y siete en total) al inicio de la siguiente sesión. Como se señalaba anteriormente, la presentación de una serie completa de registros (seis como mínimo) se estipuló como un criterio indispensable que tenía que ser cumplido para poder pasar a la siguiente etapa de tratamiento.

- Fase B. Tratamiento.

Sesión 1

Al inicio de esta sesión se hizo la revisión de los registros a par-

tir de la cual se obtuvo el promedio de cigarrillos fumados por los sujetos antes de haber iniciado el tratamiento. Posteriormente, y con base en el número de cigarrillos fumados en el transcurso de la semana, se hicieron cálculos para determinar el número de cigarrillos que tendrían que irse reduciendo sesión por sesión de tal manera que al finalizar la quinta sesión los sujetos dejaran de fumar completamente. Una vez hecho esto, se estableció con cada sujeto el número mínimo y máximo de cigarrillos diarios que podía fumarse en el transcurso de la semana de tal manera que al finalizar la misma cumpliera con el requisito establecido.

Para ayudar a las sujetos a disminuir su consumo de cigarrillos se les indicó que dejaran transcurrir un lapso de tiempo entre la apetencia y el encender el cigarrillo, para lo cual podía realizar actividades incompatibles con el fumar, como: lavarse los dientes, hacer gárgaras, pararse de la mesa después de comer, etc. Después se les sugirió que desde esta sesión en adelante colocaran en un recipiente que cerrara herméticamente todas las colillas de los cigarrillos que se fumarán y que destapan y -- olieran ese frasco cuando quisieran recordar por qué deseaban dejar de fumar, asociando ese olor con los efectos que produce el cigarrillo dentro del organismo.

Otras de las actividades que se realizó, una vez hecho lo anterior, fue la de explicar a las pacientes el proceso cognitivo por medio del cual atraviesa una persona para poder convertirse en un exfumador o ser un fumador reincidente. Esta explicación se derivó del modelo de Autoeficacia -- propuesto por Bandura (1977) y tenía por objetivo el dar a conocer a los -- sujetos cuáles eran las cogniciones que pueden propiciar un cambio favorable en su conducta de fumar y cuáles las llevan a reincidir en el hábito, de tal manera, que las pacientes identificaran las cogniciones relacionadas con su deseo de dejar de fumar y que pudieran ser modificadas en caso de ser negativas (ver anexo 4).

Una vez que se explicó ese modelo se recalcó que en el mismo se evidenciaba que el proceso para dejar de fumar es de tipo individual y que por esto, la participación del propio sujeto para modificar su conducta de fumar era primordial dado que el proceso de cesación del hábito no puede ser conseguido sino solo con el propio convencimiento de la persona de -- querer dejar de fumar. A partir de esto se aclaró que nuestra participación como terapeutas involucraba las actividades encaminadas a ayudarles a adquirir el compromiso de dejar de fumar, a partir de un cambio en sus -- creencias y la implementación de una serie de estrategias que faciliten la eliminación de dicha conducta. Por esta razón, se les explicó que a lo --

largo de todo el tratamiento el trabajo con Ellas involucrarla dos aspectos principales: 1) el análisis de sus pensamientos, tanto en relación al tabaquismo como a otras esferas de sus vidas, de tal manera que a partir de la evaluación y disputa de sus creencias irracionales alcanzaran una actitud racional que les permitiera tomar la decisión definitiva de abandonar el hábito y poder conseguirlo, y 2) el análisis de su comportamiento, dirigido a la modificación y eliminación de su conducta de fumar por medio de estrategias.

Una vez finalizada la explicación anterior se intentó identificar -- algunas de las ideas tanto racionales como irracionales que las pacientes tenían en relación con su conducta de fumar, para lo cual se les hicieron preguntas tales como: ¿Cuáles son las razones por las que usted quiere de jar de fumar?, ¿Por qué no intentó dejar de fumar sola?, ¿A qué atribuye el hecho de que no haya podido dejar de fumar?, ¿Estaría dispuesta a dejar de fumar en este momento?. A partir de las respuestas de las pacientes, los terapeutas cuestionaron algunas de sus ideas indicándoles algunos de los problemas que subyacían a éstas y tratando de encontrar en conjunto alternativas de pensamiento por medio de las cuales pudieran tener una percepción diferente del evento. Todos los comentarios se hicieron basados en el modelo A-B-C de la TRE elaborada por Ellis (1969), la cual fue explicada en esta sesión a partir de las ideas irracionales de las pacientes (en el anexo 5 se presentan las once ideas irracionales consideradas por Ellis [1969] y que fueron la base para identificar las ideas -- erróneas de las pacientes). Por último, y para que los comentarios no que daran a un nivel puramente verbal, se les encomendaron tareas en las que se buscaba que las pacientes se comportaran de manera congruente a las conclusiones a las que se llegaron en esta sesión.

Al finalizar la sesión se les dieron a las sujetos las tarjetas de registro correspondientes a la siguiente semana y por escrito se les indicó cuáles eran las tareas que tenían que ejecutar durante el transcurso de la misma. Una vez realizado esto, se dio por terminada la sesión y se citó a las pacientes para la siguiente.

Sesión 2

Al inicio de esta sesión, así como de las siguientes, los terapeutas revisaron los registros realizados por las pacientes verificando que además de que fueran un mínimo de seis registros completos, los sujetos hubieran decrementado su consumo de cigarros hasta el criterio requerido. En caso de que ambos requisitos fueran cumplidos se establecía un nuevo criterio en el cual se señalaba el número mínimo y máximo que el paciente te-

nía que fumar en el transcurso de la siguiente semana. Una vez hecho esto se preguntó a las sujetos si llevaron a cabo las técnicas aprendidas en la sesión anterior y si tuvieron dificultad en disminuir el número cigarrillos hasta alcanzar el criterio. En caso de que esto no hubiera presentado problema para la sujeto, se le hicieron indicaciones para que aumentara -- gradualmente el tiempo que media entre el despertar y el fumar el primer cigarrillo, así como de llevar en la cajetilla solo el número de cigarros establecido por la cuota diaria y que usaran objetos tales como dulces, paillos, etc en caso de que desearan fumar y notaran que al hacerlo iban a sobrepasar su cuota.

En el transcurso de esta sesión, se hizo también el análisis de las tareas encaminadas a cumplir de manera práctica con la nueva percepción de los pacientes en relación a los aspectos discutidos en la sesión anterior, y también se discutieron con ellas todas aquellas situaciones en las cuales estuvieron ansiosas o molestas, de tal manera, que al ser analizadas a partir del modelo del A-B-C- de la TRE, pudieran identificarse las ideas irracionales subyacentes a estos estados emocionales con el fin de rebatirlas y adquirir una nueva percepción de los eventos molestos. De nuevo, esto fue acompañado con la asignación de tareas para realizar en el transcurso de la semana siguiente, de tal manera que lo discutido a nivel teórico tuviera una realización práctica. También se les encomendó la tarea de que anotaran por escrito y en base al esquema A-B-C todas aquellas situaciones molestas para ellas, tratando de identificar en lo posible -- las ideas irracionales subyacentes a éstas.

Este aspecto del tratamiento fué realizado de la misma manera en las sesiones posteriores, en las que se hacía análisis de los pensamientos de las pacientes buscando conseguir que ellas mismas identificaran y rebatieran sus creencias irracionales, con el fin de tener una actitud emocional más estable.

Sesión 3

Después de la revisión de los registros y tareas, y en caso de que la paciente cumpliera con los requisitos estipulados, se procedió a explicarles que durante los próximos cinco días disminuyeran el número de cigarrillos a cierto criterio (determinado por las características de cada sujeto) y que al sexto día redujeran el consumo de cigarros a un criterio cercano a cero, pero sin dejar de fumar completamente. Esto se realizó con objeto de que al pasar a la siguiente sesión, en la cual las sujetos iban a dejar de fumar, el cambio no fuera tan abrupto. Una vez hecho esto, se analizaron -

conocer los períodos de seguimiento y devolviéndole la parte correspondien-
va sesión no hubiera dejado de fumar se suspendía el tratamiento dándole a
para que lo intentara para la siguiente semana. En caso de que para la octa
analizaba con ella el por qué de esta situación y se le daban indicaciones

mar completamente en los últimos cinco días de la semana como mínimo, se
En caso de que alguna de las pacientes no hubiera podido dejar de fu-

La última parte del dinero de la cuota de cumplimiento.
miento. También se les señaló que a los seis meses se les iba a devolver
períodos serían de un mes, tres y seis meses después de terminado el trata
fumar después de un período determinado de tiempo; se les aclaró que estos
se con ellas en tres ocasiones distintas para comprobar si continuaban sin
en donde se les dijo que durante el mismo, los terapéuticos iban a comunican
cumplimiento. Después se les dieron indicaciones acerca del seguimiento, -
hábito se les ejercitaba y devolvía otra parte del dinero de la cuota de
fumar por completo durante toda la semana. En caso de haber abandonado este
Al inicio de esta sesión se revisó si las pacientes habían dejado de

Sesión 5

cientas para la próxima.
de fumar. Posteriormente se dio por terminada la sesión citando a las pa-
tes que se creían pertinentes para ayudarles a tomar la decisión de dejar
sesión, recalcando todos aquellos aspectos tanto cognitivos como conductua-
del proceso que habían llevado desde el inicio del tratamiento hasta esta
ta capaz de cumplir con este objetivo, para lo cual se hizo un análisis -
Una vez hecho esto, se procedió a comentar con la paciente si se sen-

mo una exfumadora y se comentó como tal."
fumar, es importante que a partir de hoy usted se considere a sí misma co
realice actividades que sean de su agrado y que no estén apareadas con el
lo cual cuenta con las técnicas que se le han enseñado, le sugerimos que
"a partir de este momento usted debe dejar de fumar completamente, para
sesión anterior. Las indicaciones para esta sesión fueron las siguientes:
nes para conseguir esto únicamente si cumplieron con los criterios de la
las sujetos dejaron de fumar por completo, y se les dieron las indicacio-
El objetivo de esta sesión fue el de establecer las bases para que -

Sesión 4

taras.
La sesión y se entregaron a las pacientes las tarjetas de registro y las
de reducción de consumo de cigarrillos. Posteriormente, se dio por terminada
los pensamientos de las pacientes en relación al tratamiento y su proceso

te a la cuota de cumplimiento por haber terminado el tratamiento.

Fase C. Seguimiento.

Como ya fue señalado, se hicieron seguimientos a los 30 días, tres y seis meses después de terminado el tratamiento. Dos de estos seguimientos se realizaron por medio de llamadas telefónicas y el último se realizó en el cubículo donde se llevó a cabo el tratamiento, dado que en éste se devolvió la última parte del dinero de la cuota de cumplimiento. En los seguimientos se preguntó a las pacientes si habían fumado otra vez, en caso de que su respuesta fuera afirmativa se les preguntaban las causas de su reincidencia, el número de cigarrillos que consumían actualmente y cómo se sintieron al reincidir. En caso de que no hubiera vuelto a fumar se le felicitaba y alentaba a seguir sin hacerlo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos por cada sujeto se presentan a partir de una descripción tanto cuantitativa, al indicar el número de cigarrillos fumados por cada una de ellas en el transcurso de las tres fases del tratamiento; como cualitativamente, al mencionar los resultados obtenidos a partir del manejo de sus cogniciones.

Sujeto 1

La sujeto número 1, mujer de 29 años de edad con una historia de fumar de 14 años, reportó en la entrevista inicial que fumaba un promedio de 10 cigarrillos cuando estaba ansiosa y cinco cuando no lo estaba; además señaló que fumaba porque le gustaba hacerlo y porque cuando se sentía ansiosa o preocupada el fumar un cigarro le permitía tranquilizarse. Comentó también que había hecho alrededor de 10 intentos infructuosos para dejar de fumar habiendo dejado el hábito por un periodo máximo de seis meses antes de reincidir en él. Por último manifestó estar interesada en dejar de fumar porque quería mejorar su salud y condición física.

En la sesión correspondiente a la línea base se encontró, al realizar el ensayo con el que se le enseñó a registrar su conducta de fumar, que esta sujeto había fumado ocho cigarrillos el día anterior. Por otra parte, y con respecto a la cuota de cumplimiento, la sujeto acordó entregar la cantidad de cuatro mil pesos los cuales se le iban a devolver en tres pagos conforme cumpliera con los requisitos del tratamiento.

En la primera sesión de tratamiento, al revisar los registros de la línea base, se encontró que la sujeto 1 fumó durante la misma un promedio de seis cigarrillos diarios con un máximo de doce y un mínimo de tres (ver gráfica 1). Al cuestionarle el por qué de tal variabilidad la sujeto repor

tó que el día que fumó doce cigarros se excedió de su consumo normal por haber estado en una reunión con personas que fumaban demasiado y que el día siguiente fumó solo tres porque estaba asqueada de haber fumado tanto la noche anterior. Su consumo en los días posteriores fue acorde con el número de cigarros que ella reportó que fumaba habitualmente en la entrevista inicial (de cinco a 10 diarios). Con respecto a los pensamientos de la paciente en relación a su consumo de cigarros, se identificaron en esta sesión como ideas irracionales la atribuida tranquilidad que el cigarro le proporcionaba cuando se sentía enojada o nerviosa y el fumar como una respuesta de rebeldía ante las agresiones de su novio, dado que a éste le molestaba que lo hiciera. Después de que los terapeutas abordaron los argumentos que apoyaban la irracionalidad de estas ideas, la sujeto manifestó que estaba de acuerdo y que procuraría en lo futuro no incurrir en estos errores.

En la segunda sesión, al revisar los siete registros realizados por la paciente a lo largo de la semana dos se observó que ésta no cumplió con el criterio establecido de fumar un máximo de cuatro cigarrillos. La gráfica número 1 muestra el número de cigarros fumados diariamente por la paciente y en ella se puede observar que cuatro días fumó cinco cigarros y tres fumó cuatro, lo que da un promedio de 4.5 cigarros diarios. Al cuestionarle por qué no había cumplido con el criterio, la paciente comentó que aunque lo intentó, hubo días en los que no pudo lograr lo acordado por lo que se sentía mal consigo misma, llegando hasta afirmar que se caía mal porque no cumplía con lo que debía hacer. Ante esto se discutió con ella la idea irracional de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles. Con respecto a las técnicas que se le pidieron que usara para disminuir su consumo de cigarrillos, la paciente reportó que las había realizado y que consideraba que le eran útiles para no fumar.

Para la siguiente sesión (sesión tres de tratamiento) la paciente número 1 había fumado en la semana tres un promedio de cuatro cigarrillos diarios, cumpliendo con el criterio del tratamiento de fumar cuatro cigarrillos como máximo. Sin embargo, como puede observarse en la gráfica 1, en dos ocasiones llegó a fumarse hasta seis cigarrillos mientras que en tres días fumó cuatro y otros fumó dos y tres, lo que promediado le permitió alcanzar un resultado dentro del criterio establecido. Al cuestionarle por qué había fumado tanto, ella señaló que fue porque había estado en reuniones en las que hubo personas que la presionaron para fumar y que se habría sentido incómoda si las hubiera rechazado. Ante esto, se discutió con ella

la idea irracional de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad. También se discutió con ella la idea equivocada de que para dejar de fumar necesita autoimponérselo, independientemente de que desee seguir fumando, por lo que requiere de toda su fuerza de voluntad para conseguir ese objetivo.

En la cuarta sesión de tratamiento, al revisar los registros de la semana número 4, se encontró que la paciente fumó un promedio de dos cigarrillos diarios, cumpliendo con el requisito de fumar dos cigarrillos por día como máximo. Como puede observarse en la gráfica 1, solo el segundo día de la semana cuatro fumó tres cigarrillos y en todos los demás fumó dos. Durante esta sesión la paciente comentó que el cigarrillo que más le gustaba era el que se fumaba después de la comida. Al preguntarle si sería capaz de eliminar éste, la paciente señaló que "si quiero, si puedo" y que para conseguirlo se iba a lavar los dientes inmediatamente después de comer. Por último, - dado que la paciente reportó que en ese momento se daba cuenta de que podía prescindir del cigarrillo y que podía dejar de fumar, porque ya no lo necesitaba, se profundizó con ella la idea racional de que el cigarrillo no es una necesidad ni medio para solucionar sus problemas.

Al inicio de la quinta sesión de tratamiento se pudo observar que desde el segundo día de la semana 5 la paciente había dejado de fumar por completo. Al preguntarle cómo se sentía, ella reportó que lo logró porque estaba "convencida" de que ya no quería seguir fumando y que para ella fue importante la actividad de poner dentro de un frasco las colillas que se fumaba dado que el olor que despedía era muy aversivo.

En la gráfica 1 puede observarse que estos resultados se mantuvieron en los seguimientos al mes, tres y seis meses después de terminado el tratamiento. En estos seguimientos la paciente señalaba que no volvería a fumar dado que su condición física era excelente desde que había dejado el cigarrillo y que la quería mantener por lo que rechazaba los cigarrillos que le ofrecían porque ya no deseaba fumar.

Sujeto 2

La sujeto número 2, mujer de 58 años de edad, con una historia de fumar de 42 años, reportó durante la entrevista inicial que fumaba un promedio de cinco cigarrillos diarios y que había realizado numerosos intentos infructuosos para dejar de fumar, alcanzando un máximo de tres días antes de volver a reincidir en el hábito. Al cuestionarle el por qué de su reincidencia, la paciente dijo que era una persona que se angustiaba mucho y -

que el cigarrillo la tranquilizaba. Cuando se le preguntó por qué quería dejar de fumar la paciente respondió que su deseo se debía a que a sus familiares no les gustaba que lo hiciera y que sabía que así tendría mejor salud. Señaló además, que solo fumaba en casa y a veces en reuniones y que se escondía para fumar para que no la vieran sus familiares dado -- que se lo habían prohibido. Señaló también que fumaba cuando tenía disgustos muy fuertes con alguno de sus familiares para hacerlo enojar y para que le pusieran atención.

En la sesión correspondiente a la línea base la sujeto 2 reportó que el día anterior se había fumado cuatro cigarrillos, todos ellos estando sola y en casa. Estuvo de acuerdo con la cuota de cumplimiento y acordó aportar dos mil pesos señalando su conformidad con los requisitos del -- tratamiento. Los datos correspondientes a la línea base, obtenidos durante la primera sesión de tratamiento, indican que el promedio de cigarros fumados diariamente por la sujeto 2 fue de cinco. En la gráfica 2 se puede observar que el número mínimo de cigarros fué de cuatro en dos días y el máximo fue de seis durante cuatro días. La paciente señaló, durante la -- sesión 1. que en muchas ocasiones fumaba en las situaciones ante las que se molestaba con objeto de tranquilizarse. Ante esto, se le demostró que el cigarrillo no era el medio adecuado para solucionar sus conflictos y se buscaron con ella alternativas de solución ante algunos de los problemas que comentó. Por último, se discutieron con ella dos aspectos: en -- primer lugar, la irracionalidad de uno de sus motivos para fumar y que -- consistía en que la paciente suponía que tenía que tener algo en la boca como resultado de su propio nerviosismo; y en segundo lugar, la creencia equivocada de que se debe de depender de los demás o de algo y que se necesita de alguien más fuerte en quién confiar.

Al inicio de la segunda sesión, se pudo observar que el promedio de cigarrillos fumados diariamente por la paciente a lo largo de la segunda semana de tratamiento fué de 3.5, cumpliendo con el requisito establecido para esta sesión. En la gráfica número 2 se puede observar que la paciente mantuvo durante cuatro días un consumo de cuatro cigarros diarios disminuyendo en dos ocasiones su consumo a dos y tres cigarrillos diarios. Durante esta sesión se volvió a discutir con la paciente la irracionalidad de su supuesta necesidad de tener algo en la boca como producto de su -- propio nerviosismo dado que comentó que cuando se siente nerviosa necesi-

ta tener algo en la boca por lo que come o fuma. Ante esto, se acordó con ella que comería solo tres veces al día y que anotaría los pensamientos que tuviera cuando buscara algún cigarrillo o bocado.

Al analizar el promedio de cigarrillos fumados por la paciente durante la sesión tres, se pudo observar que la misma fumó un promedio de tres cigarrillos diarios durante la semana tres con lo que cumplió con el requisito establecido. Por otra parte, al preguntarle si había logrado controlar su deseo de comer, la sujeto respondió que sí lo consiguió dado que realizaba actividades para distraerse cada vez que tenía ese deseo. Al analizar lo que había escrito con respecto a los pensamientos -- que tenía antes de fumar o de comer, se pudo observar que ella había anotado incorrectamente lo que se le pedía. Por ejemplo, señalaba que el acontecimiento de tener mucho que hacer en su casa la llevaba a sentir -- nerviosismo, y éste la hacía sentirse de mal humor y con deseos de fumar, dejando de fuera los pensamientos que la hacían sentirse nerviosa o molesta y también dejaba de lado los pensamientos que la llevaban a querer fumar a partir de sentirse de esa manera. Por esa razón, se le cuestionaron en ese momento los pensamientos relacionados con ese estado y entre los cuales estaban el de que sus esfuerzos deberían ser considerados por los demás y el temor a expresar lo que sentía por miedo al rechazo o enojo -- que los demás pudieran tener ante ella por sus señalamientos, dado que -- manifestaba que no sabía cómo hacerlo. Como resultado de la discusión la paciente comentó que estaba de acuerdo en que estas ideas estaban relacionadas con su estado emocional y que trataría de modificarlas. Posteriormente se realizaron con ella algunos ensayos en los que se moldearon y modelaron formas por medio de las cuales podía externar lo que pensaba en relación a un problema específico, el reparto de agua en su edificio.

En la cuarta sesión de tratamiento, el número de cigarrillos fumados y reportados por la paciente 2 en la cuarta semana fue de 2.7, no -- cumpliendo con el criterio establecido de fumar dos cigarrillos diarios. Este promedio alto se debió a que en la semana la paciente fumó en dos o casiones cuatro cigarrillos diarios y tres en otras dos. Al preguntarle por qué había aumentado la cantidad de cigarrillos, la paciente reportó que fue porque era su última semana de hacerlo y que, por lo tanto, se lo había permitido dado que así podría desquitarse de todos los cigarros que después no iba a poder fumar. Dado que se observó que el aumento en el número de cigarros estuvo vinculado a situaciones en las cuales la paciente se había sentido molesta o preocupada, en esta sesión se discutió con ella la idea irracional que se pudo identificar como relacionada con

esos estados y que consistía en la suposición de que las personas deberían comportarse como uno quisiera, recalcándole la diferencia entre lo que es deseable de lo que es indispensable.

En la quinta sesión de tratamiento se observó que durante la semana anterior la paciente había abandonado su hábito a excepción del primer día en el que había fumado dos cigarrillos. La paciente reportó que había decidido dejar de fumar al "programarse" a ya no hacerlo, sin embargo, señaló que todavía se le antojaba por el sabor amargo que le dejaba el cigarro en la boca. También indicó que tenía miedo de que cuando estuviera ansiosa o deprimida deseara volver a fumar, porque pensaba que una vez que una persona empieza a fumar es difícil que deje de hacerlo durante toda la vida ya que el cigarro "lo atrapa a uno". Al terminar la sesión, se llegó a la conclusión de que el haber dejado de fumar implicaba una serie de beneficios a la salud y que el enfrentarse de una manera racional a los eventos que para ella resultarían molestos le permitiría comportarse de manera adecuada y romper con la relación que ella había establecido con el cigarro como pseudo solución a sus problemas.

IZT. 1000664

En el seguimiento a un mes después de haber terminado el tratamiento, la paciente se mantuvo abstinentes, sin embargo, en el tercer mes reportó haberse fumado dos cigarrillos en dos días distintos durante ese mes, señalando que el primero, por su sabor, le fue desagradable y que el segundo no. Añadió que se le antojaba fumar cuando otros lo estaban haciendo y que por esa razón había fumado. A los seis meses de seguimiento la paciente reportó que había fumado en varias ocasiones (no pudo precisar cuántas) pero señaló que no lo hacía diario.

Sujeto 3

Durante la entrevista inicial se pudo identificar que la sujeto 3, mujer de 32 años de edad, fumaba desde los 15 años y que había hecho numerosos intentos para dejar de fumar sin conseguir ese objetivo ni siquiera por un día. Dicha paciente reportó que diariamente fumaba un promedio de 20 cigarrillos y que su consumo se incrementaba los fines de semana. Señaló además que había utilizado toda serie de artículos para dejar de fumar (tales como boquillas, sustitutos, dibujos, libros, etc.) y que siempre después de leer o utilizar un método decidía dejar de fumar pero que nunca lo cumplía. Por último, la paciente reportó que si no fumaba se sentía inquieta y que desde su rompimiento con su novio fumaba más porque antes se restringía a hacerlo ya que a él le molestaba que lo hiciera.

En la siguiente ocasión en la que se trabajó con esta paciente (sesión de línea base), al realizar el ensayo con el cual se le enseñó a registrar su conducta de fumar, se encontró que la sujeto reportaba haber fumado entre 25 y 30 cigarros el día anterior, la variabilidad se debió a que no recordaba con precisión los momentos específicos en los que se fumó cada cigarrillo. Por último, se le explicó en qué consistía la cuota de cumplimiento y la paciente acordó aportar cuatro mil pesos para cubrir la misma.

En la primera sesión de tratamiento se calculó el promedio de cigarros fumados durante la línea base y se encontró que la sujeto 3 consumió alrededor de 18 cigarrillos diarios con un máximo de 21 y un mínimo de 16 (ver gráfica 3). En los registros se pudo ver que su conducta de fumar se daba en una gran variedad de situaciones y con distintas personas. Dado que como la paciente fumó en el transcurso de la línea base un promedio de 18 cigarros se le pidió que para la siguiente semana decremeta su consumo a 15 cigarros diarios como máximo y 10 como mínimo, tratando de que al final de la semana se acercara al criterio mínimo requerido. Cuando se le cuestionaron las razones por las que quería dejar de fumar, la paciente respondió que quería abandonar su hábito para mejorar su salud y condición física. Señaló que en realidad no consideraba que fuera a morir por fumar dado que era más probable que muriera por otro motivo, pero que estaba interesada en dejar de fumar sobre todo porque quería tener una mejor condición ya que practicaba Karate y notaba que su rendimiento se veía disminuido por el fumar. Con respecto a los pensamientos que la paciente tenía en relación al cigarrillo, se encontró que para ella el fumar era una necesidad y que le molestaba mucho el hecho de quedarse sin cigarros porque se sentía angustiada sin ellos. Una vez que se discutieron estas ideas, la paciente estuvo de acuerdo en que el cigarrillo no constituía una necesidad orgánica y que nuestros pensamientos acerca de los eventos son los que generan nuestros distintos estados emocionales. Por último, la paciente acordó traer por escrito, para la siguiente sesión, los pensamientos que tuviera ante las situaciones que le resultaban muy molestas para analizarlos con nosotros.

Al inicio de la segunda sesión de tratamiento, la paciente mostró sus registros correspondientes a la segunda semana, en ellos se pudo identificar que la misma fumó un promedio de 13 cigarros diarios. En la gráfica 3 se puede observar que el número máximo de cigarros fumados -- diariamente fue de 15 en tres ocasiones y el mínimo fue de 10 el último día de la semana, por lo que cumplió con el criterio que se le había fija

En la sesión cuatro, los registros de la paciente de la cuarta semana manifestaron que había fumado un promedio de 7.7 cigarrillos diarios. En la gráfica 3 se muestra que en dos ocasiones la paciente sobrepasó la cuota diaria fumando en una ocasión 10 cigarrillos y en otra 11, disminuyendo su consumo en los últimos cuatro días hasta llegar a fumar cinco cigarrillos el día anterior a la presente sesión. Al cuestionarle por qué

razones ajenas. far de fumar estuviera fundamentada en motivos propios y no en imposibilidades para seguir haciendo, de tal manera que su decisión de dejar de fumar sus propias razones por las que deseaba dejar de fumar, así como hacer otras cosas, por lo que se le encomendó la tarea de que identificara portarse en base a lo que otros esperan cuando uno en realidad quisiera ser de incompetencia personal. Además se identificó que es un error común una cosa terrible no conseguir lo que uno se propone, lo que es una persona debe ser competente en todos los aspectos posibles y que es subyacen las creencias irracionales de que para considerarse valiosa discusión que se tuvo con ella, se pudo identificar que a dicho temor alcanzó el criterio máximo requerido para esta sesión. A lo largo de la angustia que sentía por el temor de no poder dejar de fumar dado que no en esta sesión, la misma reportó que un aspecto que la preocupaba era la una un máximo de cinco. A partir del decremento alcanzado por la paciente un máximo de ocho cigarrillos diarios y que para el final de la misma fumaba que para el transcurso de la siguiente semana disminuiría su consumo a porque se había concentrado en el criterio máximo requerido, se le pidió cigarrillos diarios. Dado que se consideró que este promedio era muy alto, mo de ocho en una, cumpliendo con el criterio de fumar entre cinco y 10 para la tercera sesión de tratamiento, la paciente fumó un promedio de 9.6 cigarrillos diarios con un máximo de 10 en cinco ocasiones y un mínimo de 7.7 cigarrillos diarios que subyacen a estos comportamientos.

reacciones de enojo y anhelo que iba a tratar de identificar las ideas - en la que los percibimos. A partir de esto, la paciente estuvo de acuerdo a que las cosas deberían ser distintas a lo que son, haciendo énfasis en que las cosas deberían ser distintas a lo que son, haciendo énfasis en que las cosas deberían ser distintas a lo que son, haciendo énfasis en sus reacciones de enojo y las cuales estaban centradas en la creencia de discutir con ella algunas de las ideas irracionales que subyacen a este nivel por escrito de las actuaciones que le eran molestas, se do. En el transcurso de la sesión, a partir de los reportes que la pa-

había aumentado su consumo, la paciente respondió que fue porque no se pudo controlar y que dudaba que hubiera podido conseguir el decremento que alcanzó el último día si no se hubiera dormido varias horas en la tarde. Señaló además que realizó un verdadero esfuerzo para decrementar el número de cigarros, pero que lo hizo porque se sentía obligada con nosotros. Por otra parte, la paciente reportó que se angustiaba porque pensaba que era tonta, dado que no asimilaba las cosas como otra gente y porque no podía alcanzar lo que se proponía. Después de que se le señaló que su angustia estaba fundamentada en una necesidad extrema de comportarse adecuadamente y sin equivocarse, no considerando el hecho de que el ser humano es un ser falible, se le comentó que nuestra participación no estaba encaminada a imponerle que dejara de fumar, sino que dicha decisión debía ser tomada por ella a partir del análisis y modificación de la relación que guardaba con el cigarrillo. Una vez hecho esto se le comentó que el siguiente paso del tratamiento consistiría en que en el transcurso de la semana siguiente ella tenía que dejar de fumar por completo y que para conseguir este objetivo utilizara todas las técnicas que se le habían enseñado. Posteriormente se dio por terminada la sesión y se le citó para la siguiente.

En la quinta sesión de tratamiento se pudo observar que la paciente no había podido dejar de fumar y que su promedio de cigarros fumados por día era de 6.7, con un máximo de 12 y un mínimo de 3 (ver gráfica No. 3). Durante el transcurso de la sesión la paciente reportó que el día en que fumó más cigarros estaba en una reunión con sus amigas y que los cigarros fumados en los otros días no los había podido evitar. A partir de esto comentó que desconocía que era lo que motivaba que ella fumara, pero que sentía la necesidad de fumar, sobre todo después de comer. Manifestó también su preocupación por no haber podido dejar de fumar y señaló que actualmente se cuestionaba por qué quería dejar de fumar. En relación a su condición física, la paciente comentó que fumando menos se sentía un poco mejor, pero que no notaba una gran mejoría en relación a su resistencia dado que poseía una buena condición, aun fumando. A lo largo de sus comentarios se le hicieron señalamientos en los cuales se le recalcó que no se culpaba por fracasar en sus intentos por dejar de fumar y que modificara su actitud de dependencia hacia el cigarrillo considerándose como una exfumadora. Por último, se le dijo que se iba a trabajar una sesión más con ella y que tratara de abandonar su hábito en el transcurso de la si-

guiente semana..

Para la sexta sesión de tratamiento la paciente fumaba un promedio de cuatro cigarros diarios. En la gráfica número 3 se puede observar que el primer día de la cuarta semana se fumó tres cigarros, el segundo no fumó y del tercero en adelante se estabilizó su consumo en cinco cigarros por día. Al cuestionarle la razón de estos resultados, la sujeto 3 comentó que al final de la sesión anterior se propuso no fumar por lo que después de los tres cigarrillos que se había fumado antes de la sesión no fumó ninguno e hizo lo mismo el día siguiente. Sin embargo, manifestó que al no fumar se sintió muy angustiada y tuvo una serie de malestares físicos (flemas, dolor pulmonar, hinchazón de la lengua, etc.) que la llevaron a seguir fumando, solo que en esta ocasión delimitó el número de cigarros que creía imprescindibles de tal manera que se había propuesto volver a fumar pero ahora no sobrepasando un máximo de cinco diarios, cuota de cigarros que fumaría de ese momento en adelante. Al preguntarle cómo se sentía con los resultados obtenidos con el tratamiento, la paciente respondió que se sentía apenada con nosotros porque no había podido dejar de fumar, y señaló que no funcionaba con ella el ir decrementando paulatinamente su consumo de tabaco dado que lo que sí era capaz de hacer, y que era lo que haría de ahora en adelante, era el no pasar de cinco cigarrillos diarios. Por último, comentó que a diferencia de otras ocasiones en las que había intentado dejar de fumar, en ésta no se tornó irritable y que con este tratamiento logró no fumar por completo un día, cosa que nunca antes había conseguido.

En los seguimientos que se hicieron al mes, tres y seis meses después de terminado el tratamiento, se pudo observar que la sujeto 3 reportaba seguir fumando un número de cinco cigarros diarios, permaneciendo constante en este consumo dado que en muy pocas ocasiones lo variaba ya sea aumentándolo o disminuyéndolo. En los seguimientos también señaló que gracias a lo que le enseñamos ahora se podía controlar ante los eventos que antes le causaban enojo o angustia y ante los cuales había mantenido una serie de ideas erróneas que trataba de modificar.

Sujeto 4

La sujeto número 4, mujer de 30 años de edad reportó en la entrevista inicial que fumaba desde los 17 años y que su consumo promedio de cigarros era de 16 diarios, también señaló que había realizado varios intentos infructuosos para dejar el cigarrillo y que en todos ha

bía reincidido incluyendo uno en el cual ingirió medicamento homeopático que le provocaba náuseas en el momento de fumar y con el que solo logró disminuir su consumo en un 50%, temporalmente. La sujeto manifestó que dejar de fumar le permitiría mejorar su salud y evitar comentarios por parte de sus familiares con los que la presionaban para que ella tomara la decisión de dejar el hábito. Sin embargo, señaló - que ella consideraba que había reincidido en el hábito porque pensaba que era su único vicio y porque le gustaba hacerlo.

En el ensayo en el que se le enseñó a registrar su conducta de fumar, la paciente reportó que el día anterior había consumido 16 cigarrillos en diversos lugares, estando tanto sola como acompañada, y dejando pasar lapsos de tiempo variables entre ellos. Con respecto a la cuota de cumplimiento, la sujeto acordó dar dos mil pesos y respetar los criterios en base a los cuales se le devolverían.

Los datos correspondientes a la línea base, recolectados en la primera sesión de tratamiento, mostraron que la sujeto fumaba un promedio de 17 cigarrillos diarios, fluctuando desde un máximo de 21 hasta un mínimo de 13. Durante la sesión la paciente reportó que en las ocasiones en las que reducía su consumo era porque el día anterior había fumado más allá de lo que generalmente llegaba [16 cigarrillos], como -- fue el caso del tercero y sexto día en los que disminuyó la cantidad a 13 y 15 cigarrillos respectivamente. También señaló que el aumento en el número de cigarrillos se debió a que como su esposo no estuvo esos días ella tuvo que tomar una serie de responsabilidades ante las cuales se sentía ansiosa e insegura, por lo que fumó más para tranquilizarse. Por otro lado, también mencionó que siempre que se obligaba a no fumar cuando tenía deseos de hacerlo le daban dolores de cabeza por lo que prefería fumar, y que cuando no tenía cigarrillos era tanta su ansiedad por tenerlos que salía de su casa, aun a deshoras, para conseguirlos. Ante esto, se abordaron argumentos con los cuales se trataba de demostrar que la dependencia por el cigarrillo es producto de una necesidad autocreada y que el fumar no era el medio más adecuado para tranquilizarse cuando se sentía ansiosa o molesta. Al terminar la sesión la paciente manifestó que estaba de acuerdo con los argumentos señalados y se le comentó que a lo largo del tratamiento se volverían a considerar dichos aspectos con objeto de modificar sus creencias -- con respecto al cigarrillo.

El promedio de cigarrillos diarios fumados por la sujeto 4 durante la segunda semana de tratamiento fue de 15, fumando esta cantidad en cuatro días, 14 en otras dos ocasiones y 20 en otra (ver gráfica 4)

Con respecto a sus creencias en relación al cigarro, la paciente reportó en esta sesión (sesión dos de tratamiento) que antes del tratamiento, cuando se enojaba prendía un cigarrillo como un medio de desahogo y que ahora, a partir de lo que se le dijo la sesión anterior, - había observado que era mejor tratar de analizar que pensamientos estaban relacionados con su enojo para tratar, en lo posible, de encontrar una solución a sus problemas y que el cigarro no le ayudaba en nada - para conseguir esto. Señaló además que actualmente tenía tensiones que no había analizado o que no sabía como resolver, ante lo cual se abordaron con ella ejemplos de esas situaciones en los que se pudo identificar que la paciente tenía las creencias erróneas de que no debía equivocarse sino ser muy competente, suficiente y capaz de realizar cualquier tarea, y de que las personas deberían comportarse de manera distinta, por lo que se le hicieron comentarios encaminados a demostrarle la irracionalidad de dichos pensamientos y las consecuencias que éstos tenían.

En la sesión tres de tratamiento se observó que la paciente no cumplió con el criterio establecido en la sesión anterior de fumar un máximo de 10 cigarrillos, consumiendo durante la tercera semana un promedio de 14 cigarrillos diarios, promedio que se debió a que durante -- cuatro días fumó 15 cigarrillos o más, y solo en un día cumplió con el - criterio estipulado (ver gráfica 4). Al cuestionarle por qué no había cumplido con lo acordado, la paciente reportó que aunque había aplicado las técnicas para modificar su respuesta de fumar (tales como aumentar el lapso de tiempo entre un cigarrillo y otro, realizar actividades incompatibles con el fumar), había ocasiones en las que no se podía controlar, como cuando asistía a alguna reunión con sus amigas, todas ellas fumadoras, y cuando se sentía comprometida a estar con al quien con quien no deseaba estar o hacer algo que no quería realizar. Durante la exposición que la paciente hizo con respecto a los motivos que la llevaron a fumar, algunos de sus comentarios evidenciaban la - creencia equivocada de que sería algo terrible que sus amigas la rechazaran. Cuando se le dieron argumentos para rebatir dicha suposición, la paciente manifestó que estaba de acuerdo con ellos y señaló que en lo futuro trataría de comportarse en base a sus propios intereses.

Al inicio de la cuarta sesión se pudo observar que la paciente - tampoco pudo cumplir con el criterio de fumar un máximo de 10 cigarrillos dado que su promedio de consumo durante la cuarta semana fue de

15 con un máximo de 18 y un mínimo de 10, como puede ser observado en la gráfica 4. Al preguntarle por qué no cumplió con el criterio establecido, la paciente contestó que aunque se daba cuenta de que se estaba pasando del número permitido de cigarros no le preocupaba y que prefería fumar. También señaló que aunque quería dejar de fumar prefería no abandonar su hábito por completo dado que tenía deseos de seguir fumando. Por otra parte comentó que no había intentado dejar de fumar por completo porque tenía miedo a recaer, lo que generaría en ella un gran sentimiento de culpa por no haber cumplido con el objetivo que se proponía. Ante esto se abordaron argumentos en los que se demostraba que la decisión de dejar de fumar tenía que ser tomada por ella misma en base a sus propias creencias y que hasta el momento éstas -- mantenían una actitud que la llevaba a seguir fumando. Para ejemplificar esto, se le presentó su idea de que fumaba cuando estaba ansiosa o molesta y se le dijo que ésta constituía una creencia que la conducía a fumar y que si su deseo era dejar de hacerlo tenía que modificar este tipo de creencias en base a la realización de un análisis que pusiera de manifiesto la incongruencia de tales ideas y que permitiera percibir el problema de una manera distinta.

El promedio de cigarrillos diarios para la quinta sesión fue de 12, fluctuando de 15 como máximo a nueve como mínimo (ver gráfica 4). En el transcurso de la sesión, la paciente reportó que aunque no había cumplido con el requisito de fumar un máximo de cinco cigarros al finalizar la quinta sesión, logró aumentar el tiempo entre su consumo de cigarros y disminuir el número de bocanadas en cada uno de ellos, llegando en algunas ocasiones a dejar que el cigarrillo se consumiera solo en el cenicero. Señaló también que ya no se sentía ansiosa por no tener cigarros dado que consideraba que se podía esperar hasta el otro día para comprarlos. Por otra parte, comentó que consideraba que era probable que dejara de fumar pero que lo lograría en un lapso mayor del establecido por el tratamiento y que podía conseguir ese objetivo sin nuestra ayuda "haciendo conciencia consigo misma" dado que se había dado cuenta que todavía quería seguir fumando pero que cada vez se convencía más de que no necesitaba el cigarrillo. Ante esto, se le recalcó que para conseguir el objetivo de dejar de fumar la persona que lo deseara necesitaba estar convencida de no querer volver a hacerlo, y que este convencimiento podía ser alcanzado a partir de un análisis de las razones que la llevaban a seguir fumando o a desear dejar de fumar, y que con base en los argumentos empleados para apoyar una

de las dos alternativas, las personas continuarían fumando o dejarían de hacerlo al atribuirle más peso a alguno de éstos. Posteriormente se le comentó que nuestra participación estaba encaminada a ayudarlo a identificar las razones por las que fumaba con base en los pensamientos que tenía con respecto a su conducta de fumar y a ayudarla a analizar los de tal manera que se modifiquen los que sean irracionales y que -- puedan impedir que se alcance el objetivo deseado. Al finalizar la sesión la paciente señaló que ya no le sería posible asistir al tratamiento debido a que iba a salir de viaje, añadiendo que sabía que ahora podía fumar menos y que solo los cigarros que quisiera y que esperaba lograr dejar de fumar por su cuenta con base en lo que nosotros le enseñamos.

En el seguimiento a los tres meses, la paciente reportó que fumaba un promedio de 16 cigarrillos diarios, consumo que mantenía gracias a la aplicación de las técnicas aprendidas durante el tratamiento (aumentando el lapso de tiempo entre cada cigarrillo, llevar en la cajetilla solo cierto número de éstos, botella de colillas, etc.) y en cual no estaba dispuesta a decrementar dado que aun no se decidía a dejar de fumar. A los seis meses después de terminado el tratamiento se pudo observar que la paciente incrementó su número de cigarros fumados diariamente aun promedio de 20. Ella señaló que el aumento se dio asociado al sentimiento de angustia que le provocó el desconocer el paradero de su esposo durante los días en los cuales ocurrieron los sismos en nuestro país, y que desde entonces mantiene ese consumo sin imponerse restricciones en su conducta de fumar.

Para finalizar la descripción de los resultados obtenidos con el -- tratamiento, a continuación se presentarán los datos de todas las -- pacientes de manera conjunta. La gráfica número 5 presenta los hallazgos encontrados con las cuatro pacientes que se sometieron al tratamiento. En esta gráfica se muestra que todas las pacientes redujeron su consumo de cigarros a partir del tratamiento. De las cuatro sujetos, dos dejaron de fumar por completo al terminar el mismo, y de ellas una re -- incidió a los tres meses mientras que la otra continuó abstinenta a -- los seis meses. De las dos sujetos que no dejaron de fumar una de -- ellas mantuvo la reducción en su consumo en los seguimientos a los -- seis meses, mientras que la otra incremento su consumo a los seis meses después de haber terminado el tratamiento. Por otra parte, en las discusiones que se tuvieron con las pacientes con objeto de modifi--

car sus ideas irracionales, se identificaron, además de algunas de las ideas irracionales consideradas por Ellis (1969) y que en este caso - fueron las ideas 1, 2, 4, 8 y 11 (ver anexo 5), pensamientos equivocados relacionados con el cigarrillo que no estaban contemplados en las 11 ideas estipuladas por este autor. Dichas creencias (que fueron comunes a todas las pacientes) se pueden resumir de la siguiente manera:

- 1.- El fumar me proporciona la tranquilidad que necesito cuando me siento nerviosa, ansiosa o molesta.
 - 2.- La necesidad por el cigarro es producto de la adicción a la nicotina y su abandono requiere de un proceso largo y doloroso que me hace preferir seguir fumando a enfrentarme a todas las molestias que el dejarlo me exige.
 - 3.- Para dejar de fumar uno necesita autoimponérselo independientemente que desee seguir fumando, por lo que requiere de toda la fuerza de voluntad que uno tiene para cumplir con ese objetivo, y como yo no la tengo, soy incapaz de dejar de fumar.
 - 4.- A pesar de que sé que no debería fumar porque esto afecta mi salud, hay algo dentro de mí que no puedo controlar y que desconozco que me lleva a seguir fumando, lo que hace que yo me sienta culpable por fumar y que impide que yo pueda alcanzar el objetivo de dejar de hacerlo.
 - 5.- El cigarro es indispensable para mí por lo que cuando carezco de cigarrillos me siento desesperada y hago lo posible por conseguirlos.
- + Los argumentos que se emplearon para rebatir estas ideas se presentan en el anexo número seis con el título de "ideas irracionales relacionadas con el cigarrillo".

DISCUSION

La hipótesis principal en la que se basó este trabajo estaba sustentada por la consideración de que la gran dificultad que tienen algunas personas para abandonar el hábito de fumar está relacionada con la dependencia que establecen hacia el cigarrillo, y que dicha dependencia está vinculada a una serie de creencias mantenidas por éstas. De esta manera, los comentarios hechos por los terapeutas durante las fases de tratamiento estaban encaminados a hacer que las pacientes identificaran que su conducta de dependencia ante el cigarro era errónea y que se mantenía a partir de creencias equivocadas de lo que es y -- puede proporcionar el mismo.

A partir de los resultados obtenidos con el tratamiento se pu--

dieron identificar ideas equivocadas en las pacientes con respecto al cigarro que apoyan la actitud de dependencia de las mismas ante el tabaco e impiden que alcancen el objetivo de dejar de fumar dado que, como se pudo observar, los reportes de la única persona que dejó de hacerlo después del tratamiento y que fue completamente abstinente en los seguimientos evidencian un cambio en su actitud cognitiva hacia el cigarrillo ya que al final del tratamiento la paciente se consideraba a sí misma como una exfumadora y manifestaba no tener interés en volver a fumar afirmando que podía prescindir del cigarro dado que se daba cuenta de que no lo necesitaba.

Por otra parte, las pacientes que no pudieron dejar de fumar al término del tratamiento, tampoco pudieron romper con la serie de ideas irracionales que tenían hacia el cigarro, lo que se evidenciaba en sus reportes en los que manifestaban seguir teniendo las mismas ideas a pesar de que se les habían dado argumentos para rebatirlas y con los cuales ellas estaban de acuerdo; asimismo, la paciente que dejó de fumar al término del tratamiento pero que reincidió en los seguimientos manifestaba, desde la última sesión de tratamiento, su temor a volver a fumar, lo que muestra -- que todavía esta paciente establecía una relación de dependencia hacia el cigarro por medio de la cual se sentía ligada a éste e incapaz de abandonarlo por considerar que no podía prescindir de él. Creemos que esta dependencia está vinculada con su pensamiento irracional de que " el cigarro lo atrapa a uno y una vez que uno ha fumado es casi imposible que después deje de hacerlo".

A partir de lo anterior, se evidencia que el rompimiento de la actitud de dependencia del fumador hacia el cigarro requiere de la modificación de las cogniciones que tiene éste con respecto al mismo y que en la medida en la que se de ese cambio el fumador podrá alcanzar la abstinencia en su consumo de cigarrillos y mantener la misma posteriormente. Los resultados obtenidos con el presente tratamiento muestran que la mayor dificultad en el proceso de abandono de los cigarrillos estriba en modificar la serie de creencias que el fumador tiene con respecto al tabaco y que fundamentan su actitud de dependencia. Como se señalaba, varias de

nuestras pacientes a pesar de que manifestaron estar de acuerdo con los argumentos con los que se les demostraba la irracionalidad de sus creencias, no pudieron modificar dichas ideas lo cual se evidenciaba en reportes posteriores en los que se manifestaba que seguían considerando al cigarrillo de la misma manera.

Una posible explicación de estos resultados se deriva a partir del estudio realizado por Meichenbaum [1977] en el cual se describe el proceso de cambio conductual. Para este autor, cualquier individuo que vaya a modificar su patrón de respuesta debe introducir un proceso mediacional intencional que involucre, en primer lugar, el reconocimiento de la conducta desadaptada (ya sea interna o externa) para que posteriormente este reconocimiento provoque un lenguaje interno que sea diferente en contenido de aquel que se tenía antes de la terapia. A partir de esto, el lenguaje privado alterado debe luego facilitar conductas de enfrentamiento que complementen el proceso de cambio conductual.

De lo anterior se desprende el hecho de que si se quiere modificar el comportamiento de una persona es necesario hacer que la misma identifique que lo que está haciendo es erróneo y que lo reconozca como tal para que cambie su manera de percibir las cosas y modifique su manera de comportarse.

Con el presente tratamiento se pretendía que las personas modificaran su manera de percibir al cigarro con base en el cambio de sus creencias irracionales, para lo cual se les dieron argumentos para demostrarles que su conducta de dependencia ante el cigarro era errónea. Ahora bien, creemos que no se alcanzó ese objetivo por varias razones. En primer lugar, pudimos observar que el hecho de darle a alguien argumentos para que modifique su forma de percibir los eventos no asegura que en efecto la persona cambie su concepción ante los mismos. Creemos que para que esto se dé es necesario que la persona identifique los argumentos como parte integrante de su forma de actuar, apropiándose de éstos, para que a partir de ello se percate de lo erróneo de seguir comportándose de la misma manera en la que lo ha venido haciendo hasta antes de la terapia.

A nuestro parecer, el método de diálogo socrático empleado por Ellis (1969) para modificar los estilos cognitivos del paciente puede ser efectivo en la medida en la que se disponga de un periodo de tiempo con base en el cual el paciente pueda, con ayuda del terapeuta, descubrir cuáles son sus creencias particulares y la relación -- que tienen éstas con su conducta para que a partir de ello pueda ---

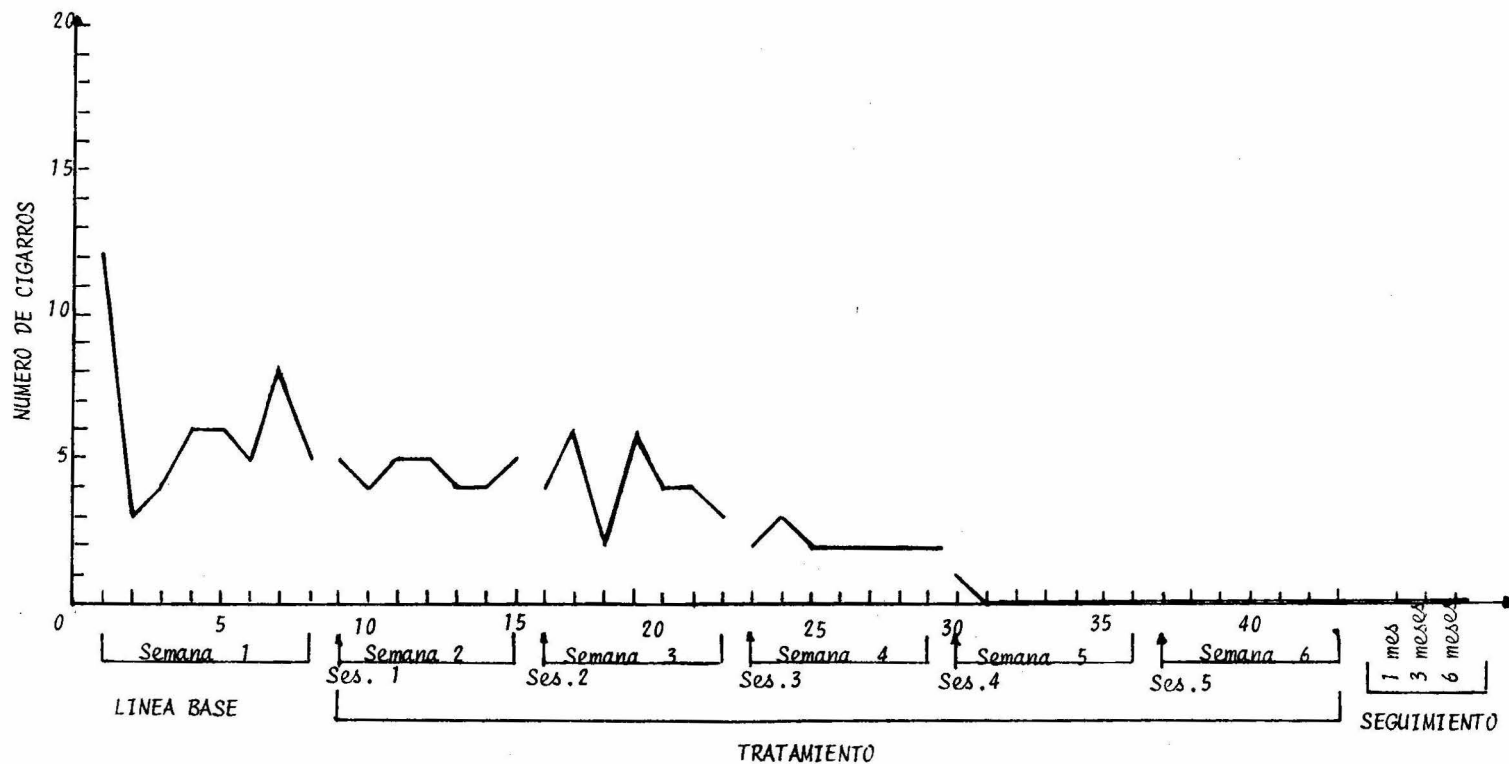
identificar cuáles de esas ideas son o no adaptativas. Consideramos - que el tiempo que duró el tratamiento no permitió la modificación de esas creencias dado que las mismas apenas empezaban a ser identificadas y apropiadas por las pacientes; por lo mismo, pensamos que la modificación cognitiva requiere de un proceso de continuidad que involucre la identificación y disputa constante de las ideas irracionales lo cual - implica una cantidad considerable de tiempo así como de la asesoría y retroalimentación provista por el terapeuta.

Otro aspecto relacionado con la dificultad para modificar las creencias, y que explica también por qué el proceso terapéutico requiere de un lapso de tiempo mayor al empleado en este tratamiento, se refiere al hecho de que es característico del comportamiento humano el mantener y reforzar la serie de creencias que sustentan su conducta, independientemente de que éstas sean equivocadas o no. Al respecto Mahoney (1983) señala que "el ser humano parece ser un organismo más confirmador que desconfirmador, ya que tiende a atender selectivamente a las experiencias que confirman sus creencias y a situarse selectivamente en ambientes que aumenten la probabilidad de tal retroalimentación" (pag. 253).

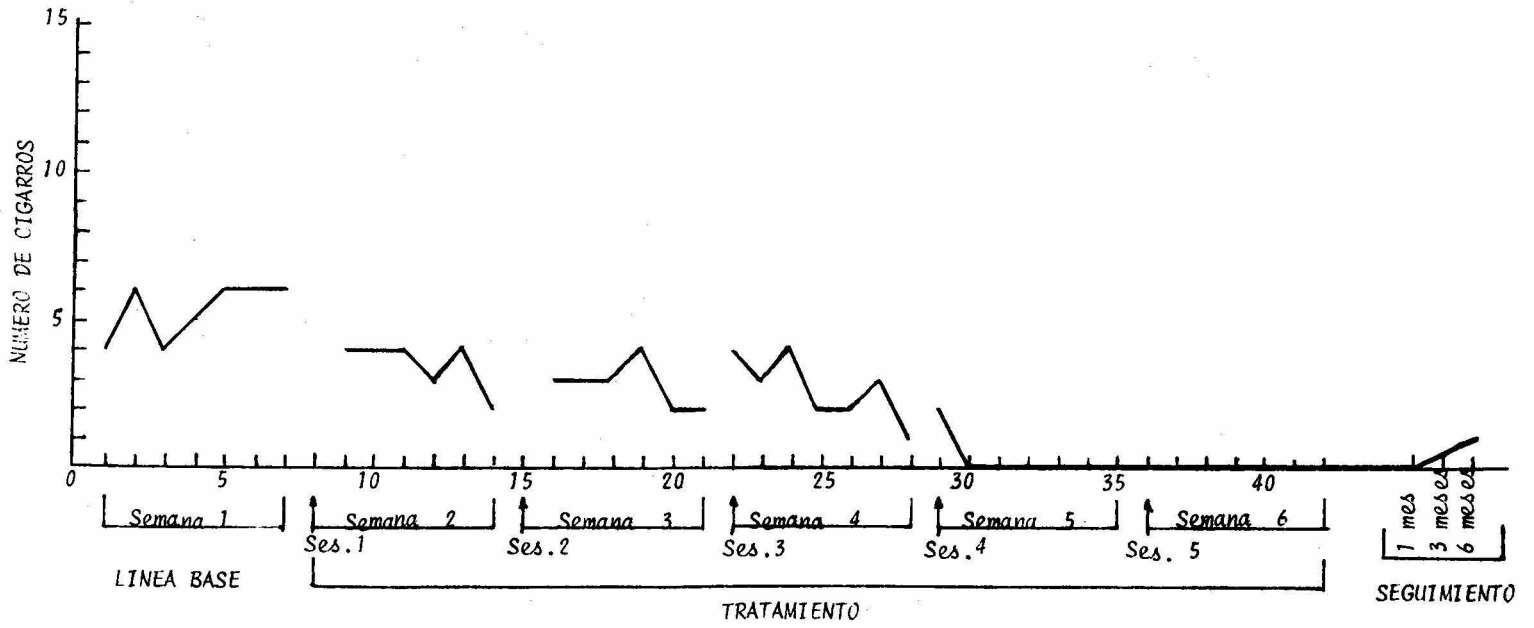
Un elemento que creemos que puede ayudar a mejorar el presente -- tratamiento está relacionado con la poca eficacia que mostraron las pacientes para identificar sus ideas irracionales. Creemos que a la discusión de los argumentos para rebatir las ideas irracionales debe añadirse algún mecanismo por medio del cual las pacientes identifiquen -- cuáles son las ideas que tienen y que son la base para su comportamiento. Consideramos que el esquema del A-B-C propuesto por Ellis (1969) - pretende alcanzar este objetivo, sin embargo, pudimos observar que las pacientes difícilmente son capaces de identificar los pensamientos que anteceden a sus estados emocionales. Por lo mismo, sugerimos que si se pretenden identificar los pensamientos asociados con el fumar y que originan la actitud de dependencia en los fumadores se utilicen sistemas de registro en donde, además de indicar la hora, el lugar y las personas presentes en el momento de fumar, se incluyan también los pensamientos antecedentes y consecuentes a dicha conducta con objeto de tener un - índice en el cual tanto el paciente como el terapeuta puedan basarse - para modificar la serie de pensamientos que conducen al fumar, ya sea analizando dichas creencias, o identificando, a partir de éstos, pensamientos alternativos que apoyen el no fumar.

A partir de todo lo señalado podemos concluir que hasta el momento los esfuerzos terapéuticos que pretenden atacar el problema de la dependencia por el cigarrillo han incurrido en el error de no considerar los efectos que sobre dicha conducta tienen los pensamientos del fumador. Los resultados obtenidos en este tratamiento nos permiten afirmar que la consideración de dicho aspecto es esencial para alcanzar la supresión de esa conducta tanto a corto como a largo plazo, dado que se pudo observar que en la medida en la que el fumador modifique las creencias que lo llevan a fumar (de tal manera -- que adquiera un convencimiento para dejar de hacerlo) será capaz de suprimir su hábito, y que por el contrario si a pesar de lo que se le diga o haga no alcanza ese convencimiento lo más probable es que reincida en él. Sin embargo, los resultados también nos permitieron observar que la modificación de los pensamientos asociados con la actitud de dependencia de los fumadores es sumamente difícil de conseguir, lo que establece las bases para realizar investigaciones futuras que tomen en consideración los hallazgos y las sugerencias presentadas en este trabajo, de tal manera que permitan encontrar métodos terapéuticos que posibiliten un cambio más efectivo y perdurable.

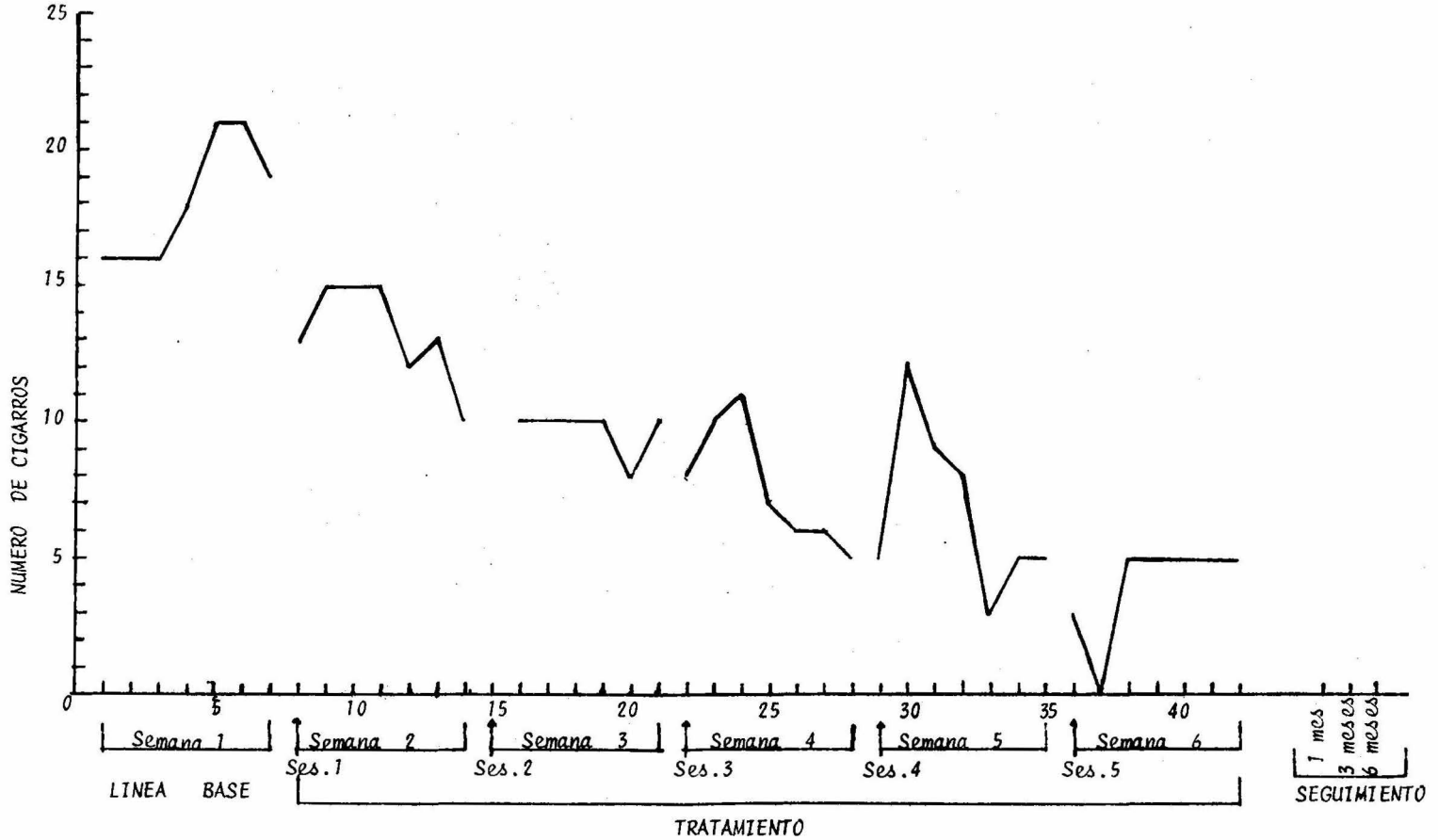
GRAFICA 1. Número de cigarros fumados por la sujeto 1 a lo largo de las tres condiciones experimentales.



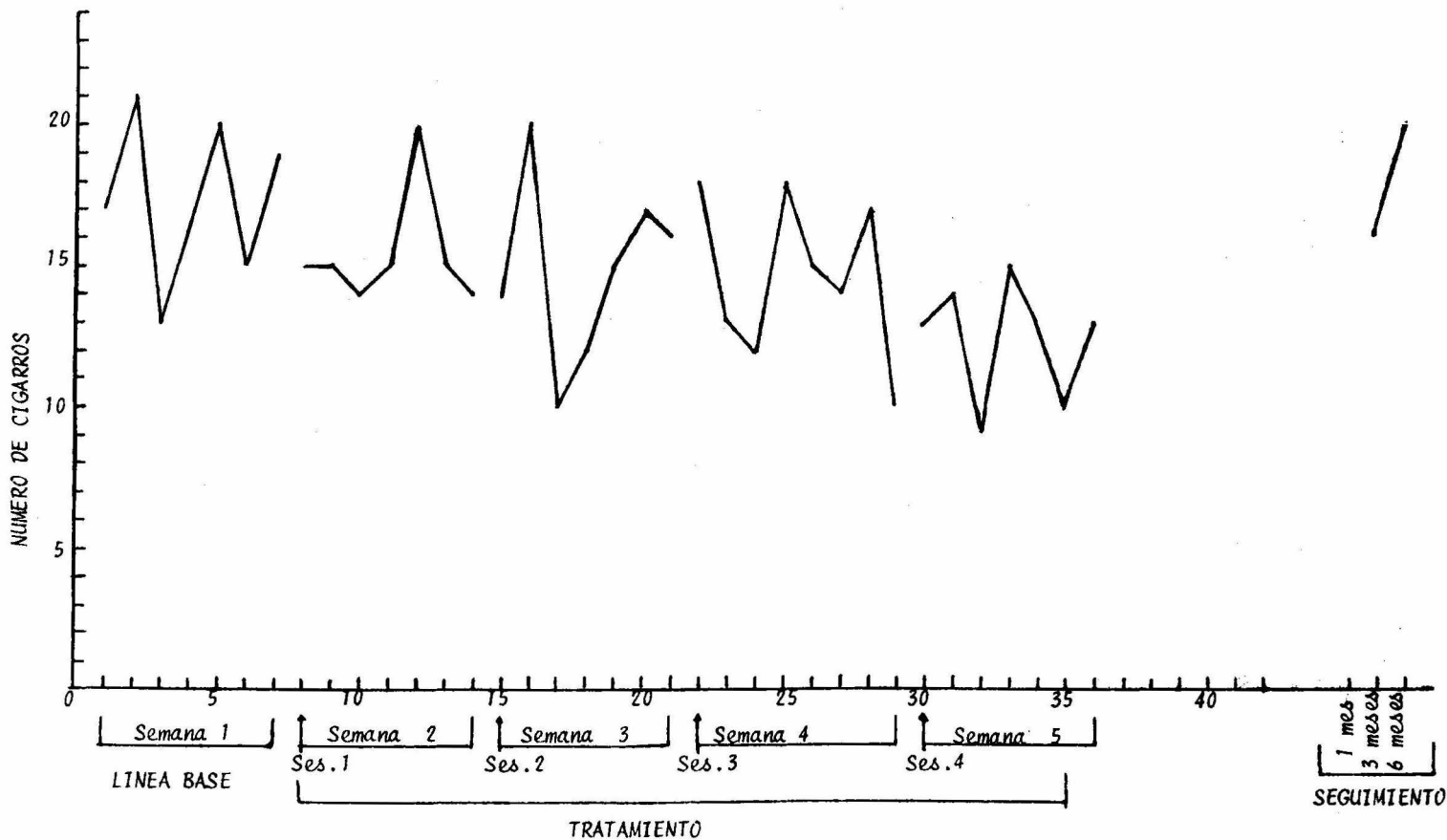
GRAFICA 2. Número de cigarrillos fumados por la sujeto 2 en el transcurso de las tres condiciones experimentales.



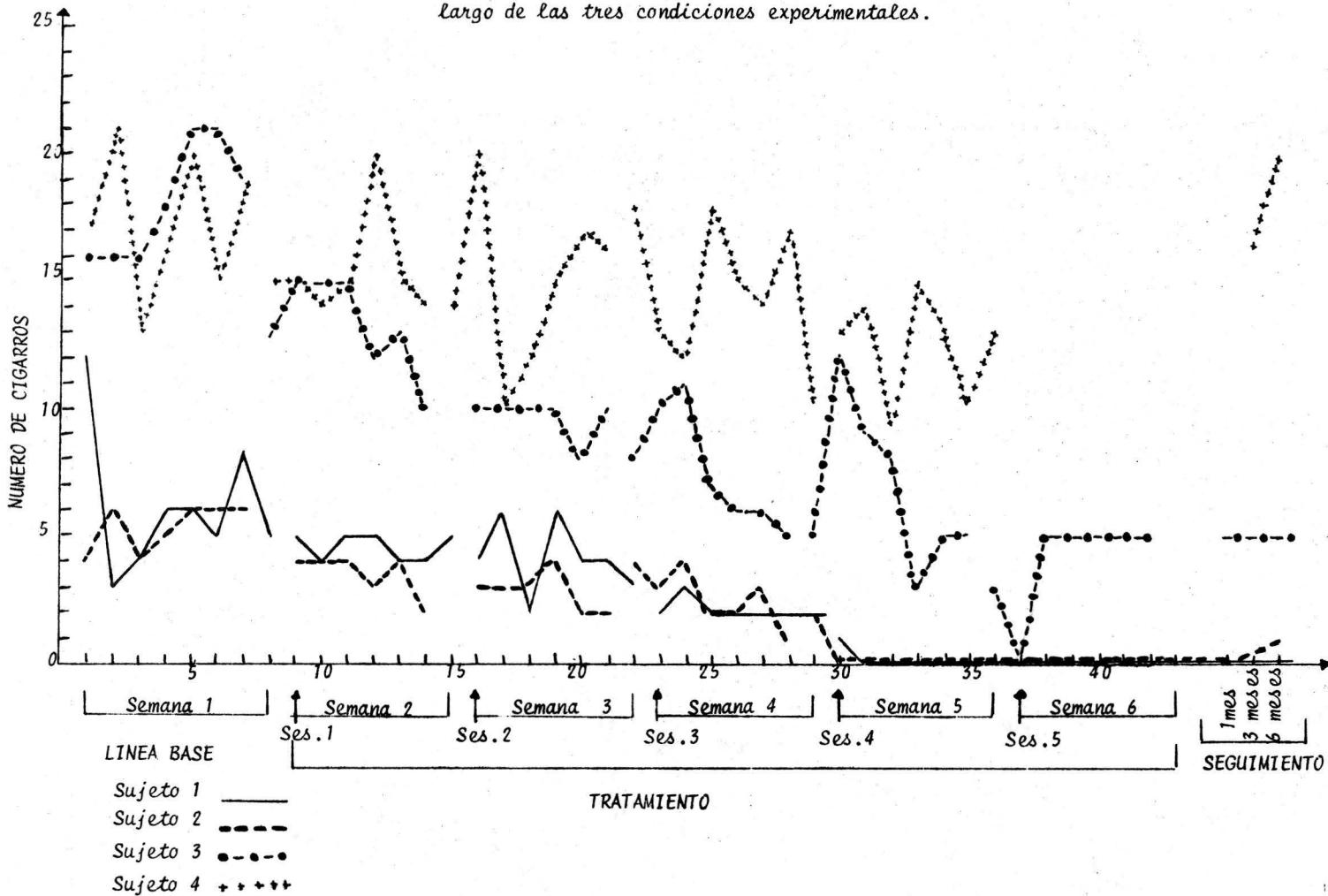
GRAFICA 3. Número de cigarros fumados por la sujeto 3 a lo largo de las tres condiciones experimentales.



GRAFICA 4. Número de cigarros fumados por la sujeto 4 a lo largo de las tres condiciones experimentales.



Gráfica 5. Número de cigarrros fumados por las cuatro sujetos a lo largo de las tres condiciones experimentales.



Anexo 1. CARACTERISTICAS DE LAS SUJETOS

Sujeto	Sexo	Edad (años)	Años de fumar	No. de cigarros fu mados diariamente
1	Fem	29	14	10
2	fem	58	42	5
3	fem	32	17	20
4	fem	30	13	17
Promedio		37	19.5	13

Anexo 3. CUESTIONARIO DE TABAQUISMO

I. Datos Generales.

Nombre

Edad

Sexo

Dirección

Ocupación

Escolaridad

Estado civil

II. Sociales.

Nivel de ingresos

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| a) Menos de 10,000 | h) entre 100,000 y 110,000 |
| b) entre 10,000 y 30,000 | i) entre 110,000 y 120,000 |
| c) entre 30,000 y 50,000 | j) entre 120,000 y 130,000 |
| d) entre 50,000 y 70,000 | k) entre 130,000 y 140,000 |
| e) entre 70,000 y 80,000 | l) entre 140,000 y 150,000 |
| f) entre 80,000 y 90,000 | m) más de 150,000 |
| g) entre 90,000 y 100,000 | |

2. La casa donde vive es:

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| a) de mi propiedad | d) de mis padres |
| b) rentada | e) otro (especificar) |
| c) pago hipoteca | |

3. ¿Pertenece algún club social y/o deportivo?

si	no	¿cual?
----	----	--------

4. Horario de trabajo normal

5. Nivel de empleo que tiene:

- | | | | |
|--------------|----------|--------------|---------------|
| a) directivo | b) medio | c) operativo | d) estudiante |
|--------------|----------|--------------|---------------|
- (si d, entonces pasar a la 5a).

5a. Nivel de estudios que cursa actualmente:

- medio (secundaria)
- medio superior (bachillerato)
- superior
- posgrado.

6. Descripción del núcleo familiar y/o personas que vivan en su casa:

Anexo 3. (Cont.)

Nombre edad ocupación parentesco fuman o fumaron

III. Datos físicos.

1. Peso
2. Estatura
3. ¿Ha sufrido accidentes en que haya tenido daños físicos considerables?
4. ¿Ha sido hospitalizado en alguna ocasión?
si no ¿por qué motivo?
5. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?
si no ¿cual?
6. ¿Cómo calificaría su sistema digestivo en general?
a) excelente d) malo
b) bueno e) muy malo
c) regular
7. ¿Con qué frecuencia sufre gripas?
a) una vez al año o menos
b) de dos a tres veces al año
c) de tres a cinco veces al año
d) más de seis veces al año.
8. ¿Hace ejercicio?
si no
- 8a. ¿De qué tipo y con qué frecuencia?
9. ¿Cómo calificaría su sistema respiratorio?
a) excelente b) bueno c) regular d) malo
e) muy malo.
10. ¿Cómo calificaría su salud en general?
a) excelente b) buena c) regular d) mala e) muy mala

IV. Determinación del tipo de fumador.

1. ¿Qué fuma habitualmente?
2. ¿De qué marca fuma habitualmente?
3. ¿Cómo los compra normalmente? a) por cajetilla
b) por paquete
4. ¿Cuanto gasta al mes en fumar?
a) menos de 500 pesos f) entre 3 000 y 3500 pesos
b) entre 500 y 1 000 pesos g) entre 3 500 y 4 000 pesos
c) entre 1 000 y 1 500 pesos h) entre 4 000 y 4 500 pesos

- d) entre 1 500 y 2 000 i) entre 4 500 y 5 000
 e) entre 2 000 y 2 500 j) entre 5 000 y 5 500
5. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- a) menos de 10 e) entre 26 y 30
 b) entre 11 y 15 f) entre 31 y 35
 c) entre 16 y 20 g) entre 36 y 40
 d) entre 21 y 25 h) más de 40.
6. ¿Cuánto fuma en los días festivos o de fin de semana?
7. ¿Con quien fuma?
- a) amigos b) familiares c) extraños d) solo
 e) ante todo el mundo.
8. ¿Qué actividades realiza mientras fuma?
- a) trabajando b) transportándose c) viendo T.V.
 d) leyendo e) hablando en público f) platicando
 g) comiendo h) evacuando i) bebiendo alcohol
 j) antes de dormir k) estudiando
9. Cuando no hay cigarros a la mano ¿qué hace?
- a) olvida y no fuma b) pide cigarros solo de su marca
 c) pide cigarros aunque no sean de su marca
 d) manda a comprarlos o sale usted
10. ¿Cuántas veces le pasa que cuando menos siente ya tiene un cigarrillo encendido y no se dio cuenta cuando lo encendió?
- a) casi siempre b) ocasionalmente c) casi nunca
11. ¿En que forma fuma?
- a) manteniendo todo lo posible el humo en los pulmones
 b) manteniéndolo regularmente
 c) dando fumadas rápidas y superficiales.
12. ¿Qué espacio de tiempo transcurre normalmente entre apagar un cigarrillo y encender otro?
- a) uno después de otro b) aprox. de 10 a 15 minutos
 c) aprox. de 15 a 30 min. d) aprox. de 30 a 60 min.
 e) aprox. de 1 a 2 horas f) más de 2 horas.
13. ¿Fumas siempre de la misma marca?
- a) siempre la misma b) cambio ocasionalmente
 c) cualquier marca es igual
14. ¿Quien compra los cigarrillos que fuma?
- a) siempre los compro yo b) compro lo que fumo y pido a los demás
 c) los compro en conjunto d) nunca los compro.

Anexo 3. (Cont.)

15. ¿Cómo se termina los cigarrillos normalmente?
- a) hasta la boquilla b) hasta la mitad
c) dos o tres fumadas y lo apago
16. ¿Hace cuanto tiempo fuma la cantidad actual en forma regular?
- a) menos de un año b) de uno a dos años c) de dos a tres años
d) de tres a cinco años e) más de cinco años.
17. ¿A pensado en dejar de fumar?
- Si No
18. ¿A qué hora fuma su primer cigarrillo?
19. ¿A qué hora fuma el último cigarro?
- V. Determinación del inicio del fumar.
1. ¿Quién fuma o fumaba en el hogar paterno antes de que usted comen-
zara a fumar?
- a) padre b) madre c) hermanos d) tíos e) abuelos f) otros.
2. ¿A los cuántos años fumó por primera vez?
3. ¿Qué reacción física tuvo en ese momento?
- a) ninguna b) toser c) dolor de cabeza d) mareo e) náuseas --
f) vómito g) ardor en la garganta
4. ¿Cómo calificaría a esa primera experiencia?
- a) muy agradable b) agradable c) regular d) desagradable
5. ¿Se sintió culpable por hacerlo?
6. ¿Qué impresión tenía en ese momento sobre el tabaco?
- a) que era excelente b) que no era tan malo c) que era muy malo
7. ¿Qué marca de cigarrillos fue la que fumó por primera vez?
8. ¿Cuánto tiempo pasó antes que distinguiera los sabores de distin-
tas marcas?
9. En sus primeras experiencias con el tabaco ¿Quién compraba los ci-
garrillos?
- a) yo los compré siempre b) ocasionalmente los compraba y me regala-
ban c) siempre me regalaban.
10. ¿A qué edad comenzó a fumar formalmente?
- a) menos de 15 años b) de 15 a 17 años c) de 17 a 19 años
d) de 19 a 21 años e) de 21 a 23 años f) de 23 a 25 años
g) más de 25 años.

VI. Intentos por dejar de fumar.

1. ¿Ha dejado de fumar alguna vez?

Si

No (si es afirmativa continuar; si no pasar a VII)

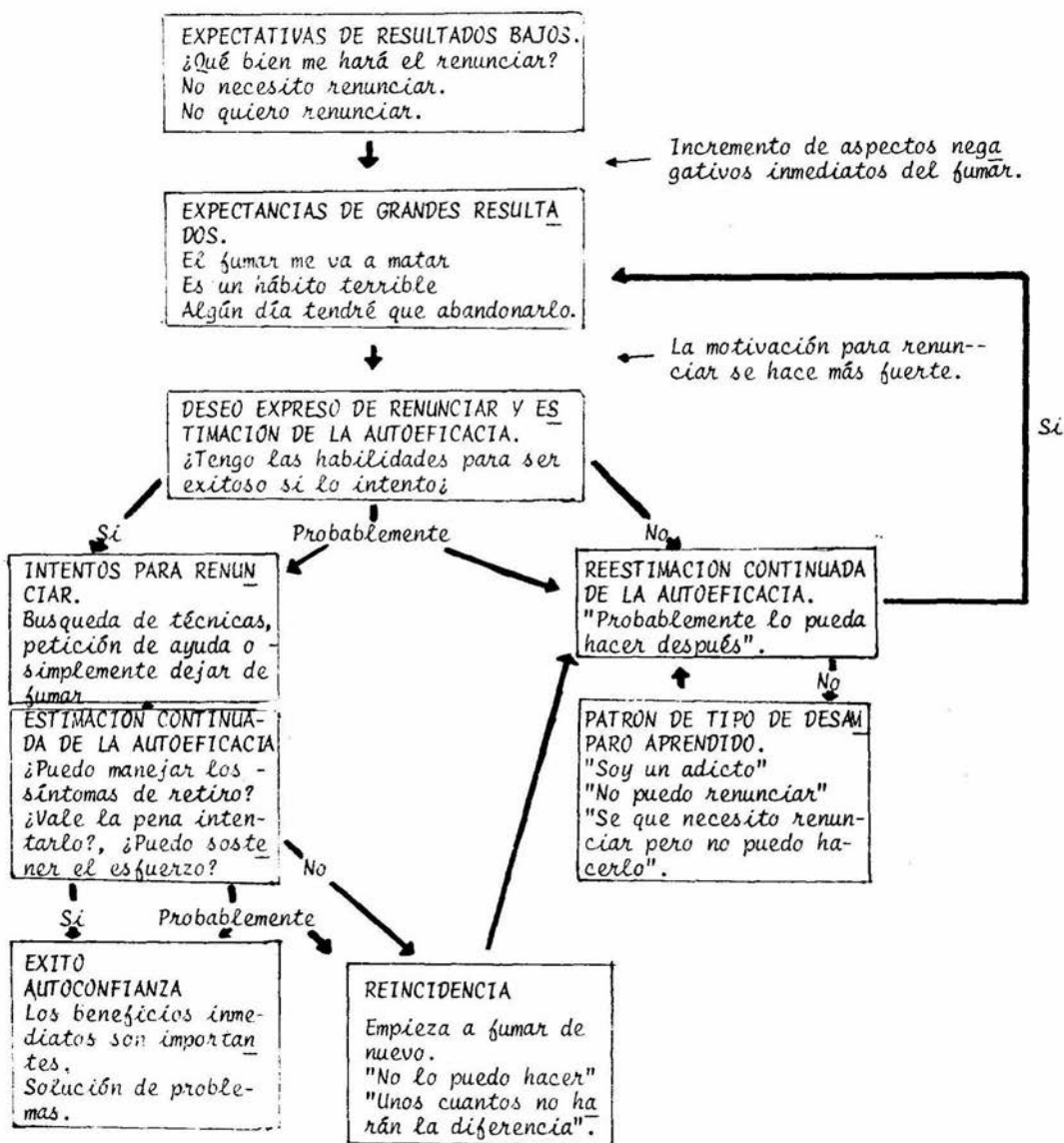
Anexo 3 (Cont.)

2. ¿Qué lapso es el máximo que ha dejado de fumar?
 - a) entre un día y una semana
 - b) más de una semana y menos de un mes
 - c) más de un mes y menos de seis meses
 - d) más de seis meses y menos de un año
 - e) más de un año.
3. ¿Cuál fue la razón por la que dejó de fumar?
 - a) por gusto
 - b) me estaba haciendo daño
 - c) recomendación familiar
 - d) recomendación de amigos
 - e) recomendación médica
 - f) otros (especificar)
4. ¿Cómo cesó su hábito?
 - a) en forma abrupta
 - b) en forma paulatina
5. ¿En qué situación de ayuda cesó el hábito?
 - a) sin ninguna ayuda
 - b) con ayuda ocasional de alguien
 - c) con la definitiva ayuda de alguien.
6. ¿Cuál fue la reacción de su familia ante la cesación de su hábito?
 - a) muy favorable
 - b) favorable
 - c) indiferente
 - d) desfavorable
 - e) muy desfavorable.
7. ¿cómo se reinició en el hábito?
 - a) en forma abrupta
 - b) en forma paulatina
8. ¿Tuvo algún sentimiento de culpa por reiniciarse en el hábito?
 - a) ninguno
 - b) algunos
 - c) muchos
9. ¿Cuál fue la reacción de sus familiares ante el reinicio?
 - a) muy favorable
 - b) favorable
 - c) indiferente
 - d) desfavorable
 - e) muy desfavorable.
10. ¿Cuántas veces ha iniciado y retrocedido en su intención de dejar el hábito?
 - a) de una a dos veces
 - b) de tres a cuatro
 - c) de cinco a seis
 - d) más de seis veces.
11. ¿Cómo se siente en general después de cada recaída?
 - a) muy bien
 - b) bien
 - c) regular
 - d) mal
 - e) muy mal.

VII. Generales.

1. ¿Cómo siente que le afecta el cigarro físicamente?
 - a) mucho
 - b) regular
 - c) poco
2. ¿Qué sensación tiene regularmente al fumar?
 - a) muy agradable
 - b) agradable
 - c) indiferente
 - d) desagradable
3. ¿Cómo se siente ante los demás cuando está fumando?
 - a) cómodo
 - b) regularmente cómodo
 - c) incómodo
4. ¿Quién lo inició en el cigarrillo?

Anexo 4. MODELO DE AUTOEFICACIA DE BANDURA
(1977)



EL PROCESO DE CESACION DEL HABITO DE
FUMAR.

Anexo 5. LAS IDEAS IRRACIONALES QUE CAUSAN Y MANTIENEN LAS PERTURBACIONES EMOCIONALES

Albert Ellis (1969).

1. La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en to dos los aspectos posibles.
3. La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y - que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su mal--dad.
4. La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus - penas y tribulaciones.
6. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se debe rá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. La idea de que se debe de depender de los demás y que se necesita de alguien más fuerte en quién confiar.
9. La idea de que la historia de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y que le con mocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los proble mas y las perturbaciones de los demás.
11. La idea de que invariablemente existe una solución precisa, co--rrecta a los problemas humanos, y que si esa solución no se en---cuentra, sobreviene la catástrofe.

Anexo 6. IDEAS IRRACIONALES RELACIONADAS CON EL CIGARRO.

1. El fumar me proporciona la tranquilidad que necesito cuando me --
siento nerviosa, ansiosa o molesta.

Muchos fumadores consideran que el cigarro tiene un efecto tran-
quilizante que les permite reducir su ansiedad o enojo cuando algún
evento los hace sentirse de esa manera. Esta idea es irracional prin-
cipalmente por dos razones:

a) No se ha demostrado que los productos contenidos en el cigarrillo
tengan algún efecto tranquilizante en el organismo, más bien, parece
ser lo contrario dado que se ha encontrado (Amezcuá Valadez, 1982) -
que el fumar provoca irritabilidad en el sistema nervioso, por lo que
el efecto tranquilizante que suponen los fumadores que tiene el ciga-
rro parece ser más autogenerado a partir de la propia percepción del
fumador, que provocado por efectos de los agentes químicos que el ci-
garro contiene.

b) En el caso de que se use al cigarro como una respuesta no agresiva
(por ejemplo, fumar para no golpear al agresor) o reductora de an-
siedad (por ejemplo, fumar antes de presentar un examen), la misma -
puede ser sustituida por algún otro método que no resulte dañino pa-
ra el propio sujeto y que pueda ser más efectivo para alcanzar ese -
objetivo (por ejemplo, alguna técnica de relajación, o el análisis y
disputa de las ideas irracionales que acompañan a estos estados).

2. La necesidad por el cigarro es producto de la adicción a la nico-
tina y su abandono requiere de un proceso de desintoxicación largo y
doloroso que me hace preferir seguir fumando a enfrentarme a todas -
las molestias que el dejarlo me exige.

Muchas personas para tratar de explicar su necesidad por el ciga-
rro han llegado a la conclusión de que dependen del mismo porque, a
partir de llevar varios años fumando, su cuerpo requiere de la nico-
tina para seguir funcionando normalmente y, por lo mismo, consideran
que no pueden prescindir de ese objeto.

Aunque a lo largo del análisis que se hizo del modelo farmacoló-
gico dentro de este trabajo se demostró que la dependencia por el ci-
garro no está asociada únicamente con la adicción a la nicotina, a -
continuación se describirán las razones principales que demuestran -
la irracionalidad de la idea de que el fumar constituye una necesi-
dad orgánica tan fuerte que impida a la gente abandonar su hábito.

- a) El fumar no constituye una necesidad orgánica dado que a pesar de que se ha demostrado que existe cierta habituación a la nicotina, su suspensión no provocaría la muerte que seguramente tendría lugar al no satisfacer una necesidad orgánica.
- b) A lo largo de este trabajo se demostró que existen en los fumadores ideas relacionadas con su conducta de fumar que son las respuestas de la actitud de dependencia de los mismos, lo que además se corrobora con el hecho de que existe una elevada reincidencia en el hábito después de haber transcurrido de tres a doce meses después de abandonar el hábito, periodo de tiempo suficiente para que los niveles de nicotina sean nulos (Jacobs, Knapp, Rosenthal y Haskell, -- 1970).
- c) A pesar de que el dejar de fumar puede ser acompañado, sobre todo en los fumadores consuetudinarios por una serie de síntomas tales como disturbios gastrointestinales, decremento de la tasa cardiaca y presión sanguínea, insomnio, ansiedad, etc. (Jarvik, 1977), su consideración como un proceso largo y doloroso implica, para nosotros, -- más un pretexto para seguir fumando que un verdadero temor a enfrentarse a tales síntomas, evidenciando una tendencia a comportarse más en base a las consecuencias positivas inmediatas que no requieren de un esfuerzo por parte del sujeto (aunque tenga efectos dañinos a largo plazo), que en base a la consideración de los beneficios que el dejar de fumar puede proporcionar tanto a corto como a largo plazo, por el hecho de no querer realizar dicho esfuerzo.
- d) En caso de que el sujeto realmente temiera a los síntomas de retiro, existen técnicas con las cuales se pueden reducir las molestias que éstos acarrearán, tales como la reducción paulatina del consumo, -- técnicas de relajación, control cognitivo en el que se enfatizan los beneficios que el dejar de fumar tiene y remarque los aspectos negativos que están asociados con dicha conducta, etc., y que puedan ayudar al fumador a decidirse a dejar de fumar cuando comprenda que -- los efectos aversivos que tiene la cesación pueden ser minimizados.
3. Para dejar de fumar uno necesita autoimponérselo independientemente de que desee seguir fumando, por lo que requiere de toda la fuerza de voluntad que uno tiene para cumplir con este objetivo, y como no la tengo, soy incapaz de dejar de fumar.

Es casi aceptado por todos que para dejar de fumar uno necesita tener una gran fuerza de voluntad. Por esta razón, los fumadores que

han intentado en varias ocasiones reducir su hábito y han reincidido en éste, se convencen de que son personas carentes de decisión, culpándose de no ser distintos a como son y reforzando con esto su imposibilidad para abandonar el hábito. Esta idea es irracional porque evidencia un pobre conocimiento de los procesos de pensamiento que llevan a una persona a comportarse de una manera específica. A lo largo de este tratamiento se pudo observar que las personas que intentan dejar de fumar tienen una serie de pensamientos contradictorios, unos encaminados a seguir fumando y otros dirigidos a evitar hacerlo. Los resultados mostraron que los reincidentes tienden a apoyar la serie de pensamientos que los llevan a seguir fumando; por esta razón, no se puede hablar de que estas fumadoras carezcan de voluntad, como si esta fuera una entidad interna predeterminada que impone o facilita que las personas hagan algo, sino más bien se puede afirmar que las mismas poseen una serie de pensamientos que las llevan a mantener una conducta errónea porque: a) no tienen argumentos en contra de esos pensamientos, b) los argumentos que emplean para rebatirlos son pobres, c) no tienen ideas autoconvincentes que fundamenten su decisión por abandonar el hábito, o d) la combinación de éstas.

4.- A pesar de que sé que no debería de fumar porque esto afecta mi salud, hay algo dentro de mí que no puedo controlar y que desconozco que me lleva a seguir fumando.

Algunas personas consideran que su dependencia por el cigarro se origina por algo ajeno a ellas mismas y que no pueden controlar. Esta idea es irracional deado que no existen entes internos que gobiernen el comportamiento de uno y que la persona no pueda controlar. A partir de lo que se ha recalcado en las ideas anteriores se evidencia que las personas fuman porque con sus pensamientos mantienen su dependencia ante el cigarro.

5.- El cigarro es indispensable para mí, por lo que cuando carezco de cigarrillos me siento desesperada y hago lo posible por conseguirlos.

Muchos fumadores manifiestan que cuando no tienen cigarrillos se sienten desesperados y que por lo mismo consideran que el cigarrillo es algo indispensable para ellos. A pesar de que con argumentos anteriores se ha demostrado que el cigarro no es indispensable para la subsistencia de uno, incluimos esta quinta idea irracional dado que en ella se evidencia lo que genera la actitud de dependencia en los

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Anexo 6. (Cont.)

fumadores, la cual creemos que es equivocada porque está sustentada or una serie de ideas erróneas que conducen a la realización de una conducta autodestructiva y provocan en el fumador estados emocionales negativos.

BIBLIOGRAFIA

- Amezcu Valadez, F. "Tabaquismo". Manuscrito inédito. Dirección General de Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
- Axelrod, S., Hall, R., Weis, L. y Rohrer, S. "Use of self imposed contingencies to reduce the frequency of smoking behavior". En: Mahoney, M. y Thorensen, C. Self Control: Power to the Person. Monterey, California, Brooks/Cole, 1974, págs.77-85.
- Ashton, H. y Watson, D. "Puffing frequency and nicotine intake in cigarette smoking". British Medical Journal, 1970, vol. 3, 1060-1063.
- Baer, P., Foreyt, J. y Wright, S. "Self directed termination of excessive cigarette use among untreated smokers". Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1977, vol. 8, 71-74.
- Bandura, A. Principles of behavior modification, Nueva York, Holt, Rinehart y Winston, 1969.
- Bandura, A. "Self efficacy: Toward a unifying theory of Behavior". Psychological Reviews. 1977, vol. 84, 191-215.
- Berecz, J. "Treatment of Smoking with cognitive conditioning Therapy: a self-administered aversion technique". Behavior Therapy, 1976, - vol. 7, 641-648.
- Bernstein, D. y Glasgow, R. "Smoking". En: Pomerleau, O. y Brady, J. - (Eds.). Behavior Medicine: Theory and Practice. Baltimore Williams and Wilkins, 1979.
- Cautela, J. R. "Covert conditioning", En Jacobs, M. y Sachs, L. (Eds.), The Psychology of Private Events. Nueva York, Academic Press, 1971, 109-130.
- Danaher, B. G. "An Experimental Analysis of Coverant Control". Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco, 1976.
- Doll, R. y Hill, A. B. "Mortality in relation to smoking: Ten years - observation of British Doctors", British Medical Journal. 1974, vol. 1 1392-1410.
- Doll, R. y Peto, R. "Mortality in relation to smoking: 20 years observation in male british doctors". British Medical Journal, 1976, -- vol. 2, 1525-1536.

- Elliot, R. y Tighe, T. "Breaking the smoking habit. The effects of a - technique involving threatened loss of money", Psychological Record, 1968, vol. 18, 503-513.
- Ellis, A. "A cognitive approach to Behavior Therapy", International Journal of Psychotherapy, 1969, vol. 8, 896-900.
- Ellis, A. y Abrahams, E. Terapia Racional Emotiva: Un enfoque psicoterapéutico, Ed. Pax-Mex, Madrid, 1980.
- Franks, C., Fried, R. y Ashem, B. "An improved apparatus for the aversive conditioning of cigarette smokers". Behavior Research and Therapy, 1966, vol. 4, 301-308.
- Friedman, G., Dales, L. y Ury, H. "Mortality in middle aged smokers - and non smokers". New England Journal of Medicine, 1979, vol. 300, págs. 213-217.
- Frith, C. D. "The effects of varying the nicotine content of cigarettes on human smoking behavior". Psychopharmacologia, 1971, vol. 19, -- 188-192.
- Fuhrer, R. E. "The effects of covert sensitization with relaxation induction, covert sensitization without relaxation instructions, and attention placebo on the reduction of cigarette smoking". Dissertation Abstracts International, 1971, vol. 32, 6644B-6645B.
- Gardiner, R. M. "A test of covert control therapy to reduce cigarette smoking". Tesis doctoral no publicada, University of Louisville, 1971.
- Grimaldi, K. y Lichtenstein, E. "Hot, smoky air as an aversive stimulus in the treatment of smoking". Behavior Research and Therapy, 1967, vol. 7, 275-282.
- Gutman, M. y Marston, A. "Problems of subjects motivation in a behavioral program for reduction of cigarette smoking". Psychological Reports, 1967, vol. 20, 1107-1114.
- Hark, R. D. "An examination of the effectiveness of covert conditioning in the reduction of cigarette smoking". En: Dunn, W. L. (Ed), Smoking behavior: Motives and incentives, Washington, D.C., U. H. Winston, 1973.
- Harlan, W. y Mosekey, J. "Tobacco". Encyclopaedia of Chemistry Technology, 1955, vol. 14, 242.

- Harris, D. y Lichtenstein, E. "Contribution of non specific social variables to a successful behavioral treatment of smoking". Western Psychological Association, San Francisco, 1971.
- Homme, L. E. "Perspectives in Psychology. Control of coverants, the - operants of the mind". *Psychological Record*, 1965, 15, 501-511.
- Horn, D. "The health consequences of smoking". En: Borgatta, R. y Evans, R. (Eds.), Smoking, health and behavior, Chicago Aldine, -- 1968.
- Ikard, J., Green, D. y Horn, D. "A scale to differentiate between Types of smoking as related to management of affect". International Journal of Addictions, 1967, vol. 4, 649-659.
- Jacobs, M. A., Knapp, P. A., Rosenthal, S. y Haskell, D. "Psychological aspects in cigarette smoking in men. Clinical evaluation". Psychosomatic Medicine, 1970, vol. 32, 469-485.
- Jarvik, M. E. "Further observations of nicotine as the reinforcing agent in smoking". En: Dunn, W. L. (Ed) Smoking Behavior, motives and incentives, Washington, D. C., U. H. Winston, 1973.
- Jarvik, M. E. "The role of nicotine in the smoking habit". En: Hunt, W. (Ed.), Learning mechanisms in smoking, Chicago Aldine, 1970, págs. 155-190.
- Jarvik, M. E. Psychopharmacology in the practice of medicine, Appleton Century Crofts, Nueva York, 1977, 483-495.
- Johnson, S. S. "The effects of self control techniques upon different Types of smoking behavior". Tesis doctoral no publicada, Universidad de Colorado, 1968.
- Karen, R. y Bogardus, L. "A study of the short term and long term effectiveness of a self control procedure for smoking control". Unpublished manuscript, California State University, San Diego, 1973.
- Koenig, K. y Master, J. "Experimental treatment of habitual smoking" Behavior Research and Therapy, 1965, vol. 3, 235-243.
- Lawson, D. y May, R. "Three procedures for the extinction of smoking = behavior". Psychological Record, 1970, vol. 20, 151-157.
- Leitenberg, H. Handbook of behavior modification and Behavior Therapy. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1976.

Leventhal, H. y Cleary, P. "The smoking problem: A review of the research and therapy in behavior risk modification". Psychological Bulletin, 1980, vol. 88, No. 2, 370-405.

Lichtenstein, E. y Danaher, B. "Modification of smoking behavior: A critical analysis of theory, research and practice". En: Hersen, E. y Miller, E. (Eds.), Progress in behavior modification, Nueva York, Academic Press, 1976.

Lichtenstein, E., Harris, D., Birchler, G., Wahl, J. y Schmahl, D. -- "Comparison of rapid smoking, warm, smoky air and attention placebo in the modification of smoking behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, vol. 40, 92-98.

Lucchesi, B., Schuster, C. y Emley, G. "The role of nicotine as a determinant of cigarette smoking frequency in man". Clinical Pharmacology and therapeutics, 1967, vol. 8, 789-796.

Mahoney, M. J. Cognición y modificación de conducta, Editorial Trillas México, 1983.

Marston, R. y McFall, R. "Comparison of behavior modification approaches to smoking reduction". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36, 153-162.

Mc Callum, R. "The modification of cigarette smoking behavior. A comparison of treatment techniques". Paper presented at the meeting of the Southwestern Association of Psychologist, San Antonio Texas, -- 1971

Meichenbaum, D. Cognitive behavior modification. An integrative approach Plenum Press, Nueva York y Londres, 1977.

Morganster, K. "Cigarette smoke as a noxious stimulus in self managed aversion therapy for compulsive eating: technique and case illustration. Behavior Therapy, 1974, vol. 5, 255-260.

Morganster, K. y Ratliff, R. "Systematic desensitization as a technique for treating smoking behavior: a preliminary report", Behavior Research and Therapy, 1969, vol. 7, 397-398.

Nehemkins, A. y Lichtenstein, E. "Conjoint social reinforcement in the treatment of smoking". Western Psychological Association, San Francisco, 1971.

Nolan, J. "Self control procedures in the modification of smoking be-

- havior". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, vol. 32, 92-93.
- Ober, D. "Modification of the smoking behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, vol. 32, 94-95.
- Pierce, I. "Absorption of nicotine from cigarette smoke". Journal of Laboratory and Clinical Medicine, 1941, vol. 26, 1322-1325.
- Pomerleau, O. "Why people smoke: Current Psychobiological models". En: Davidson, M. y Davidson, H. (Eds), Behavioral Medicine, Brunner/Mazel, Nueva York, 1966.
- Powell, J. y Azrin, N. "The effects of Shock as a punisher for cigarette smoking". Journal of Applied Behavior Analysis, 1968, vol. 1 63-71.
- Pumroy, D. y March, B. "The evaluation of a cigarette smoking reduction method". Eastern Psychological Association, Nueva York, 1966.
- Pyke, S., Agnew, N. y Kopperud, J. "Modification of an overlearned maladaptive response through a relearning program: a pilot study on smoking". Behavior Research and Therapy, 1966, vol. 4, 197-203.
- Ribes, E. Relación entre la teoría de la conducta, la investigación y las técnicas de modificación de conducta. Paris, 1975.
- Roberts, A. "Self control procedures in the modification of smoking behavior: replication". Psychological Reports, 1969, vol. 24, --- 675-676.
- Schachter, S., Kozlowski, L. y Silverstein, B. "Effects of urinary pH on cigarette smoking". Journal of Experimental Psychology General, 1977, 106, 13-19.
- Schachter, S., Silverstein, B., Kozlowski, L., Herman, C. y Liebling, B. "Effects of Stress on cigarette smoking and urinary pH". Journal of Experimental Psychology General, 1977, vol. 106, pág. 31-40
- Senties, V. R. Los efectos del tabaco, manuscrito inédito del centro rehabilitador de fumadores, México, 1983.
- Sipich, J., Russell, R. y Tobias, L. "A comparison of coverant sensitization and non especific treatment in the modification of smoking behavior". Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1974, vol. 5, 201-203.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTAPALAPA

Thoresen, C. y Mahoney, M. Behavior self control, Nueva York, Holt, -
1974.

Tomkins, S. "Psychological model for smoking behavior". American Journal of Public Health, 1966, 56, 17-20.

Upper, D. y Meridith, L. "A timed-interval procedure for modifying cigarette smoking behavior". Unpublished manuscript, Massachusetts, 1971.

IZT. 1000664

U. S. Department of Health Education and Welfare, "Smoking and health" publication No. (PHS) 1103, Washington, D. C. U. S. Government -- Printing Office, 1974.

U. S. Department of Health Education and Welfare, "The health consequences of smoking" Publication No. (HMS) 73-8704, Washington, D. C. U. S. Government Printing Office, 1973.

Wagner, M. y Bragg, R. "Comparing behavior modification approaches to habit decrement smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, vol. 34, 258-263.

Waley, M. Rosencrantz, T. y Knowles, F. Comunicación personal sobre choque eléctrico en tabaquismo. Citado en: Lichtenstein, E. y Danaher, B. "Modification of smoking behavior: a critical analysis of theory, research and practice". En: Hersen, E. y Miller, E. -- (Eds), Progress in behavior modification, Nueva York, Academic -- Press, 1976.

Weiss, J. "An experimental examination of Cautela's covert sensitization as a smoking reduction technique". Disertation Abstracts International, 1974, vol. 35, 2454B.

Wilde, G. "Behavior Therapy for addicted smokers". Behavior Research and Therapy, 1964, vol. 2, 107-111.

Winett, R. "Parameters of deposit contracts in the modification of - smoking". Psychological Records, 1973, vol. 23, 49-60.

Wisocki, P. y Rooney, E. "A comparison of Thought stopping and covert sensitization techniques in the treatment of smoking: A brief report". Psychological Records, 1974, vol. 24, 191-192.

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, 1958.

