

1122 6
2ej
136



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 68

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO
DEL TABAQUISMO.

TESIS RECEPCIONAL

Para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. CECILIO GUZMAN RODRIGUEZ
Residente 2o. año de Medicina Familiar



Tulpetlac, Edo. de México

1985

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
Antecedentes	
Generalidades	
II. JUSTIFICACION.....	8
III. OBJETIVOS.....	10
IV. HIPOTESIS.....	11
V. MATERIAL Y METODOS	18
VI. RESULTADOS.....	33
VII. ANALISIS ESTADISTICO.....	34
VIII. CONCLUSIONES.....	36
IX. BIBLIOGRAFIA.....	37

INTRODUCCION

La Psicología, cómo todas las ciencias, cambia según el paradigma de la época. Actualmente se habla de una nueva Psicología, también llamada Conductismo o Neoconductismo.

Los eventos psicológicos han estado presentes desde que el hombre aparece en la tierra y los principios o leyes de la conducta han existido y funcionan desde entonces, solamente que se les inicia a estudiar con un marco científico como el aplicado a las ciencias naturales.

Conducta es toda aquella actividad de un organismo que le relaciona con su medio ambiente y acciones internas de su propia fisiología, que aunque tienen mucho que ver con el medio, no son directamente observables, son difíciles de medir y de manipular experimentalmente.

El objetivo de la Psicología actualmente es: estudio de la conducta para poder CONTROLARLA.

- 1.-Jugar que un sujeto emita conductas útiles.
- 2.-Jugar que un sujeto deje de emitir conductas perjudiciales.

3.-Lograr que un sujeto modifique conductas útiles que ya tiene, que las afine para hacerse el mismo una vida más placentera sin perjuicio de los demás.

Lo anterior se logra con TERAPIA DE LA CONDUCTA que son una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente de aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. Así encontramos entrenamiento asertivo, autocontrol (observancia progresiva de limitaciones que hacen más difícil el fumar), aversivas (provocar diversas sensaciones desagradables para el paciente cuando fuma o imagina que lo hace), de saciación (que los cigarrillos sólo se fumen de 4 en 4, con los que se produce una intoxicación nicotínica con síntomas desagradables parecidos a los del primer cigarrillo). Muchos avances se han producido en este campo desde que el término Terapia de la Conducta se introdujo, hacia fines de la década de los cincuenta.

ANTECEDENTES

Por 1492 en la isla de Cuba, Don Cristobal Colón y sus capitanes descubren nada menos que un nuevo placer, algo casi tan importante en sí como el nuevo mundo. Aquellos españoles con interés cómo en algunas ceremonias los indios "beben" humo y se extasiaban en un sonoro que los obnubila hasta el sueño; amontonan primero hojas grandes, muy verdes, les prenden fuego y luego aspiran el humo de la hoguera con unas cañas cortas o rivas que designan con una voz parecida a la de "tabaco"; a las hojas las llaman "cohiba". La variedad de usos sagrados del tabaco supera a la de cualquier otra planta del nuevo mundo. La función más importante y difundida era la de ser alimento para los dioses, sobre todo en forma de humo. Tenía también una función en las curaciones chamanísticas especialmente como fumigante, o sea factor-terapéutico para todo tipo de enfermedad. El capitán Gravija en su expedición a Tabasco, en sus visitas al cacique, aprende a fumar, es probablemente el primer europeo que lo hace con todas las artes. Don Rodrigo de Xerés fue otro de los españoles que difundió el tabaco en Europa. Don Rodrigo llevó consigo semillas de América y las sembró en su cigarral en España. (Cigarral son-

pequeñas huertas que tenían las casas solariegas porque eran invadidas todos los veranos por las cigarras o langostas de Africa). Como en esas huertas se sembró el tabaco, al producto -- del cigarral se lo llamó CIGARRO. Jean Nicot lo difunde en Francia y a su apellido se debe el nombre de la Nicotina.

En diversas partes del mundo se prohibió la fuma del tabaco pero a pesar, incluso, de castigos hasta con la pena de muerte el mundo siguió fumando y fumando.

GENERALIDADES

La planta del tabaco (género *Nicotiana*) consta de unas 45 especies diferentes, era conocido en gran parte de la América pre colombina, siendo usado desde el Canadá a la Argentina. Se cultivaban varias especies pero especialmente la *Nicotiana Tabacum* - y la *Nicotiana Rústica*. Las formas de consumo diferían de modo que los antillanos fumaban la hoja de tabaco arrollada, los indios de Norteamérica fumaban en pipa, los mayas mascaban el tabaco, y más al sur se aspiraba pulverizado, en forma de rapé.

En la hoja del tabaco, proveniente de la planta *Nicotiana Tabacum*, se distinguen 2 componentes básicos, el agua y la materia seca, en la que se encuentran componentes orgánicos e inorgánicos, nitrogenados y no nitrogenados. El agua constituye el 80% - del peso total de la hoja antes de ser cortada y el 18% cuando se ha secado. La proporción de los componentes orgánicos o parte mineral de la hoja en la materia seca es del 11 al 25%, el resto de la misma está constituida por sustancias orgánicas, nitrogenadas o no. Dado que lo que se pone en contacto con el organismo del fumador no es el tabaco, sino el humo del mismo que se produce en la pirolisis provocada por su combustión, son las

sustancias químicas contenidas en éste, las que nos interesa estudiar.

No todos los componentes del humo del tabaco provienen de la combustión del mismo, ya que pueden provenir también del papel del cigarro, los aditivos o residuos de plaguicidas existentes en la hoja o de cualquier otra sustancia extraña vehiculizada en la labor.

Los componentes nocivos del humo del tabaco son:

La Nicotina

Es el elemento de la adicción al tabaco. Sólo llega el 30% a la boca del fumador de la que se produce en la combustión. Su absorción depende del tipo de inhalación, si el humo no se inhala se absorbe un 5%, si se inhala intensamente puede llegar a absorberse un 70%, si se inhala y retiene el humo la absorción puede ser hasta un 95%. Produce vasoconstricción sostenida y como consecuencia hipertensión.

Monóxido de Carbono

Es un gas que se encuentra en el cigarro en 1 a 3%, su acción nociva es a través de la combinación con la hemoglobina en la sangre, desplazando al oxígeno, dada su mayor afinidad hacia dicha sustancia, formando la Carboxihemoglobina. Reduce la oxigenación en todo el organismo, aumenta la permeabilidad capilar que favorece la aterosclerosis y después la hipertensión.

Oxido Nitroso

Su efecto principal es sobre la mucosa pulmonar, paraliza y destruye los cilios del árbol respiratorio y altera la elimi

nación de moco, favoreciendo la obstrucción del árbol bron --
quial.

Acido Cianhidrico

Su papel es irritante sobre la mucosa pulmonar, principalmen --
te.

Derivados de Alquitrán

Son el resultado de la combustión del tabaco, sustancias car --
cinogénicas. Acumulándose en todo el tracto respiratorio, des --
de el inicio de la cavidad oral, hasta el final del tracto res --
piratorio; se absorben, se metabolizan y producen irritación --
constante que predispone a la aparición de los procesos dege --
nerativos.

Genizas

No tienen un papel bien definido en relación con la salud --
aunque no deja de ser una molestia sanitaria.

JUSTIFICACION

La etiología del tabaquismo es multicausal, se sufre de tabaquismo cuando se consumen uno o más cigarrillos, puros o pipas. Es una enfermedad individual y social con agente etiológicos, factores predisponentes y que condicionan la incidencia de otros padecimientos. En los últimos años, se observa un cambio de actitud por parte de los médicos frente al consumo de cigarrillos. Este cambio, que se basa en la certeza adquirida sobre la toxicidad de los productos de la combustión del tabaco, consiste en considerar el hábito de fumar junto con otras formas de dependencia de otras drogas. En la actualidad la producción mundial de cigarrillos se aproxima a los 8 billones de unidades por año y se suone que la proporción de fumadores irá en aumento en los próximos años.

El tabaquismo tiene relación causal con enfermedades coronarias y con cáncer de pulmón. Por su parte, la mujer que fuma es más propensa al aborto y a tener hijos con bajo peso al nacer; también es probable contribuya a la mortalidad infantil, ya que la leche materna tiene suficiente nicotina para -

afectar al lactante. La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central, provoca relajación muscular y disminución de reflejos y tal vez disminuya la agresividad. Una vez que se adquiere el hábito de fumar se establece rápidamente la dependencia, que parece relacionarse en forma directa con la nicotina. Esto se demuestra con el fenómeno llamado titulación: si el fumador consume cigarrillos con alto contenido de nicotina tiende a reducir el número de cigarrillos equilibrando su nivel plasmático de nicotina. Al contrario, si consume cigarrillos con bajo contenido de nicotina puede llegar a fumar más cigarrillos al día con el fin de mantener su nivel plasmático pero esto lo hace a costa de un mayor consumo de monóxido de carbono, que no se filtra, inhalando tanto o más gas que antes.

Junto al hábito de fumar existe el tabaquismo involuntario que sufren las personas que conviven con el fumador y cuyas consecuencias no son aún ponderables, aunque se supone que en los niños pequeños tiene relación con cuadros respiratorios crónicos.

OBJETIVOS

- 1.-Valorar si un método conductista es capaz de disminuir ó terminar con el hábito de fumar.
- 2.-Encontrar un nuevo método para aplicar en la realidad, a las personas que fuman.
- 3.-Ampliar la información para que la población en general se entere de las consecuencias -- del hábito de fumar.
- 4.-Hacer comprender el daño que las personas se causan al fumar tabaco.
- 5.-Lograr que los pacientes conserven la salud- dejando de fumar el tabaco.
- 6.-Lograr dejar de fumar con el menor costo de- respuesta posible.

HIPOTESIS.

EL AUTOCONTROL EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
BRINDA LOS MEJORES RESULTADOS QUE CUALQUIER ---
OTRO METODO.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

EL AUTOCONTROL EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
NO BRINDA LOS MEJORES RESULTADOS QUE CUALQUIER-
OTRO METODO.

EDAD Y SEXO DE LOS 60 PACIENTES

AÑOS	SEXO	GRUPOS ETARIOS
15	F	15-24 años
16	F	25-34 "
18, 18, 18	F, M, F.	35-44 "
19	M	45-54 "
20	M	55-64 "
21	F	65-74 "
22	M	75-84 "
23, 23, 23	F, M, M	
24, 24	F, M	
25, 25, 25, 25	M, F, F, M	
26, 26, 26	M, F, F	
27, 27, 27	M, F, M	
28	F	
29, 29, 29	M, M, M	
30, 30	M, F	
31, 31	M, M	
32, 32, 32	M, F, M	
33	M	
34, 34, 34	M, M, M	
35, 35	F, M	
36, 36	M, F	
38, 38	M, F	
39	F	
42	M	
48, 48	M, M	
49, 49	F, M	
56, 56	F, F	
59	M	
63	M	
64	M	
65	M	
67	M	
76	M	
79	F	

38 MASCULINOS.
22 FEMENINOS.

$$\begin{array}{r} 15 \\ - \quad 79 \\ \hline 47 \text{ años.} \end{array}$$

PACIENTES CON ESTIMULO AVERSIVO.
(LIGA)

15.-64 años	N	80	68	23	6	3	3	5
30.-15 "	F	90	85	71	43	13	9	13
45.-27 "	M	136	124	64	48	16*		
59.-32 "	M	153	134	112	96	68	50	44
	MES	MA.	AB.	MA.	JU.	JUL.	AG.	SEP.

*RETIRO.

PACIENTES CON CONTROL DE ESTIMULOS.

(SILLON)

5.-56 años	F	94	97	42	24	16	0	0
11.-26 "	F	128	118	26	0	0	0	0
18.-48 "	M	279	216	37	128	116	124	123
27.-34 "	M	110	86	29	16	11	0	0
36.-32 "	F	325	314	316	279	120	138	117
46.-23 "	M	78	64	43	15	7	3	0
50.-59 "	M	324	214	111	56	36	19	4
56.-49 "	M	355	324	228	236	128	78	50
59.-36 "	F	165	136	214	237	136	214	24
	MES	MA.	AB.	MA	JU.	JUL.	AG.	SEP.

PACIENTES CON "FUERZA DE VOLUNTAD".

1.-27 años	M	60	0	0	0	0	0	0
2.-30 "	M	70	0	0	0	0	0	5
3.-79 "	F	90	0	0	0	0	0	0
9.-31 "	M	138	0	0	0	0	0	0
13.-25 "	F	216	0	0	0	0	7	0
14.-26 "	M	304	136	96	35	10	5*	
21.-18 "	F	135	0	0	16	0	0	0
22.-23 "	M	160	0	0	0	0	0	0
26.-38 "	F	216	0	0	0	0	0	0
32.-18 "	M	118	0	0	0	1	0	3
41.-16 "	F	88	0	0	0	4	0	1
42.-18 "	F	124	0	0	0	0	0	0
43.-22 "	M	150	0	0	0	0	0	0
	MES.	MA.	AB.	MA.	JU.	JUL.	AG.	SEP.

* RETINO.

PACIENTES CON CONTRATO

4.-26 años	M	92	79	63	56	15*		
6.-76 "	M	89	65	32	12	3	3	3
7.-26 "	M	120	88	44	34	26	16*	
8.-48 "	M	432	416	306	217	70	9	3
10.-24 "	F	710	614	416	128	52	10	0
12.-25 "	F	78	55	49	68	56	48	32
16.-23 "	F	316	294	116*				
17.-28 "	F	292	216	176	104	76	24	0
19.-32 "	M	364	315	310	216	101	52	22
20.-21 "	F	236	222	156	104	53	24	16
23.-34 "	M	146	117	94	56	33	20	10
24.-20 "	M	632	524	416	128	56	12	0
25.-33 "	M	443	419	218	150	190	100	44
28.-24 "	M	134	128	98	110	80	60	15
29.-31 "	M	163	131	218	204	187	145	125
31.-19 "	M	232	216	118	114	79	59	65
33.-38 "	M	618	648	536	716*			
34.-35 "	M	519	614	518	494	214	117	86
35.-49 "	F	326	311	298	150*			
37.-36 "	M	542	561	416	344	404	359	268
38.-34 "	M	502	448	312	224	179	69	25
39.-20 "	F	724	616	619	553	442	314	218
40.-27 "	F	356	324	286	128	93	82	79
44.-29 "	M	725	716	614	525	436	272	117
47.-24 "	M	656	624	524	438	216	124	72
48.-25 "	M	445	413	352	217	179	59	22
49.-65 "	M	224	124	78	56	39	24	10
51.-56 "	F	240	89	56	41	23	9	3
52.-67 "	M	618	456	216	319	286	198	78
53.-39 "	F	242	138	95	41*			
54.-35 "	F	1016	916	818	665	524	319	216
55.-45 "	M	186	117	63	24	11*		
57.-63 "	M	186	244	342	285	279	148	216
58.-29 "	M	456	387	216	117	214	156	223

MES. MA. AB. MA. JU. JUL. AG. SEP.

* RETIRO.

PACIENTES QUE SE RETIRARON DEL ESTUDIO

4.-26 años	M	92	79	63	56	15	
7.-26 "	M	120	88	44	34	26	16
16.-23 "	F	316	214	116			
14.-26 "	M	304	136	95	35	10	5
33.-38 "	M	618	648	536	716		
35.-49 "	F	326	311	298	150		
45.-27 "	M	186	124	64	48	16	
53.-39 "	F	242	138	95	41		
55.-42 "	M	186	117	63	24		
	MES	MA.	AB.	MA	JU.	JUL	AG. SEP.

9 de 60 pacientes = 15%.

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS HUMANOS

Pacientes

Controlador auxiliar(familiar)

Asesor

Investigador

Médicos familiares

RECURSOS MATERIALES

Pizarrón

Gis

Borrador

Dianositivas

Proyector

Libros

Revistas

Cartelones

Hojas

Máquina de escribir

Lápiz

Bolígrafos

UNIVERSO.

60 pacientes

LIMITES

ESPACIO Se realizó con pacientes de la clínica
68 IMSS de Tulpetlac y compañeros re-
sidentes.

TIEMPO

Estudio de 6 meses.

GRUPOS

CUATRO.

Aversivo

Estímulo discriminativo único

"Fuerza de voluntad"

Contrato

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Pacientes de ambos sexos.
- b) Que fumen más de 10 cigarrillos al día, por lo menos desde hace 2 años.
- c) Solamente cigarrillo.
- d) Cualquier nivel socioeconómico y país.
- e) Cualquier edad.
- f) Que no se encuentre con alguna enfermedad aguda o crónica.
- g) Que cuenten con controlador --- auxiliar (Familiar).

CRITERIOS DE EXCLUSION

Si no cumple los anteriores

METODO DE MUESTREO

AL AZAR

Con una moneda, por medio de volados.

METODO

El estudio se efectuó en la clínica # 68 del IMSS seleccionándose al azar (con una moneda mediante volados) un total de 60 pacientes. Fueron 38 pacientes masculinos y 22 femeninos - con un promedio de edad de 47 años.

Formándose un total de 4 grupos quedando distribuidos:

Grupo aversivo con 4 pacientes.

Grupo tratado con estímulo discriminativo único con 9 pacientes.

Grupo "Fuerza de voluntad" con 13 pacientes.

Grupo contrato con 34 pacientes.

Cada uno lleva el nombre de la técnica o tipo de terapia con la cual se trataron.

El primero (aversivo) consiste en provocar diversas sensaciones desagradables para el paciente cuando fuma o imagina que lo hace. Se usó una liga en la muñeca, dándose un ligazo. En el segundo método (Estímulo discriminativo único) consiste en cambiar el ambiente del estímulo para que el paciente debilite y elimine las respuestas indeseables y fortalecer las deseables, el paciente sólo fuma en un sillón.

El tercer método "Fuerza de voluntad" que en conductismo se maneja como Terapia racional emotiva siendo cadenas de verbalizaciones preconscientes, logrando controlar su propia conducta.

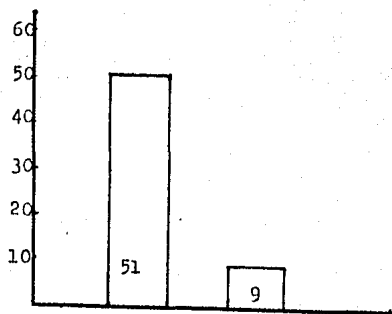
El cuarto método (contrato) es un programa de autocontrol implica al menos un contrato implícito entre el terapeuta y el paciente o con un familiar.

A todos los pacientes se les da una plática, midiendo el registro de un mes, de la cantidad de cigarrillos fumados.

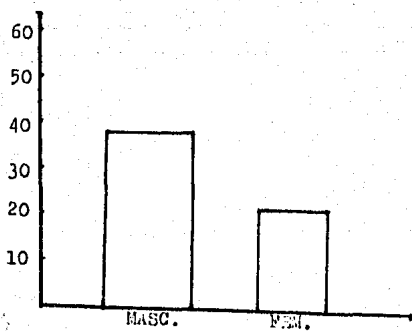
Una vez con éste registro, se terminan los grupos y se inició el estudio durante el lapso de 6 meses.

Registrándose mensualmente a cada grupo, se dieron un total de 8 pláticas y se suspenden 4.

En el grupo de contrato se contó con un controlador auxiliar el cual ayudó al paciente como cobrador de una multa en caso de fumar o dando recompensa en caso de no hacerlo.



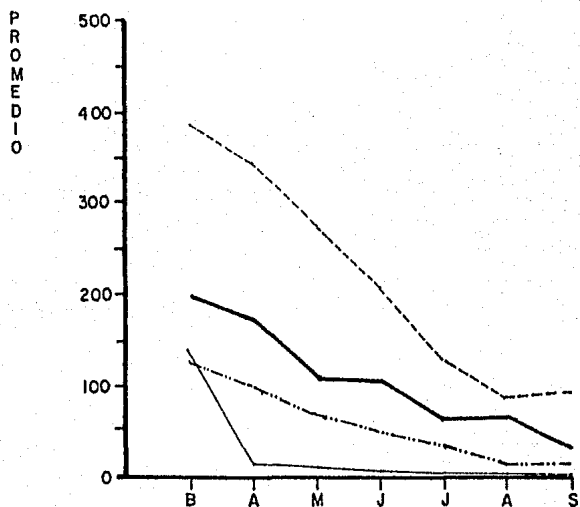
GRAFICA #1



SEXO.

GRAFICA # 2

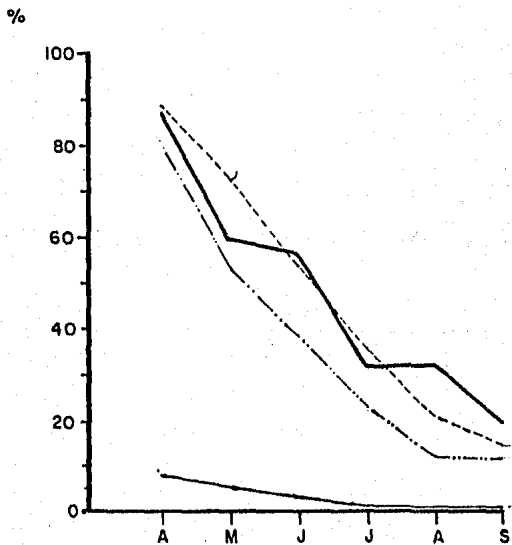
PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR MES
SEGUN METODO DE ESTUDIO



- - - - - CONTRATO
 - · - · - AVERSIVO
 ——— ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO
 ——— FUERZA DE VOLUNTAD

GRAFICA # 3

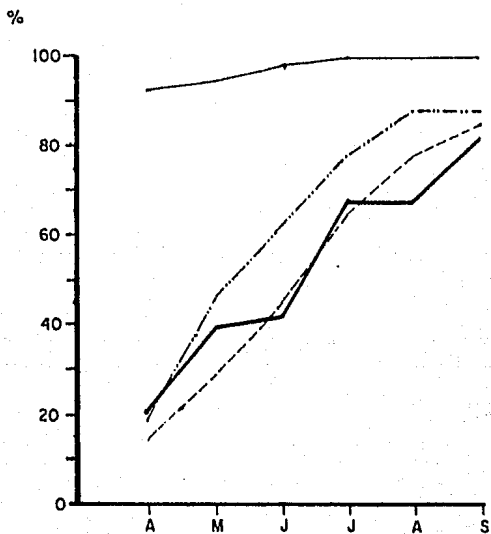
% DE CIGARRILLOS FUMADOS POR MES SEGUN METODO DE ESTUDIO



- - - - - CONTRATO
 - · - · - AVERSIVO
 ——— ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO
 ——— FUERZA DE VOLUNTAD

GRAFICA # 4

% DE DISMINUCION MENSUAL EN EL NUMERO DE CIGARRILLOS SEGUN METODO DE ESTUDIO



- - - - - CONTRATO
 - · - · - AVERSIVO
 - - - - - ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO
 - - - - - FUERZA DE VOLUNTAD

GRAFICA # 5

EDAD	GRUPOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
15-24	1	7	7	14	23.33
25-34	2	18	7	25	41.66
35-44	3	4	4	8	13.33
45-54	4	3	1	4	6.66
55-64	5	3	2	5	8.33
65-74	6	2	0	2	3.33
75-84	7	1	1	2	3.33

Tabla # 1

METODOS USADOS	MASC.	FEM.	TOTAL	%
AVERSIVO	3	1	4	6.66
"FUERZA DE VOLUNTAD"	7	6	13	21.66
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	5	4	9	15.00
CONTRATO	23	11	34	56.66
TOTAL	38	22	60	100%

Tabla # 2

METODOS	+ PENSARON MAS.		- PENSARON MENOS.		NO PENSARON.	
	#	%	#	%	#	%
AVERSIVO	0	0	4	6.66	0	0
"FUERZA DE VOLUNTAD"	0	0	6	10.00	7	11.66
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	0	0	5	8.33	4	6.66
CONTRATO	0	0	31	51.66	3	5.00
TOTAL	0	0	46	76.66	14	23.33

Tabla # 3

Pacientes que iniciaron.		Pacientes que terminaron.		Pacientes que se retiraron.	
#	%	#	%	#	%
60	100	51	85	9	15

Tabla # 4

PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR MES
SEGUN METODO DE ESTUDIO

METODO	PROMEDIO						
	BASAL	A	M	J	J	A	S
CONTRATO	384.11	342.50	270.26	207.14	135.76	63.29	57.88
AVERSIVO	127.25	102.75	67.50	48.25	28.25	15.50	15.5
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	196.44	174.33	116.22	110.11	63.33	64.00	35.33
FUERZA DE VOLUNTAD	143.76	10.46	7.38	3.92	1.15	0.92	0.69

TABLA #5.

% DE CIGARRILLOS FUMADOS POR MES SEGUN
METODO DE ESTUDIO

METODO	%					
	A	M	J	J	A	S
CONTRATO	89.16	70.36	53.92	35.34	21.68	15.06
AVERSIVO	80.74	53.04	37.91	22.20	12.18	12.18
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	88.74	59.16	56.05	32.23	32.57	19.98
FUERZA DE VOLUNTAD	7.27	5.11	2.72	0.79	0.63	0.47

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

% DE CIGARRILLOS FUMADOS POR MES SEGUN
METODO DE ESTUDIO

METODO	%					
	A	M	J	J	A	S
CONTRATO	89.16	70.36	53.92	35.34	21.68	15.06
AVERSIVO	80.74	53.04	37.91	22.20	12.18	12.18
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	88.74	59.16	56.05	32.23	32.57	19.98
FUERZA DE VOLUNTAD	7.27	5.11	2.72	0.79	0.63	0.47

TABLA #6.

**% DE DISMINUCION MENSUAL EN EL NUMERO DE CIGARRILLOS
SEGUN METODO DE ESTUDIO**

METODO	%					
	A	M	J	J	A	S
CONTRATO	10.48	29.84	46.08	64.66	76.32	84.94
AVERSIVO	19.26	46.96	62.09	77.80	87.82	97.82
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	21.26	40.84	43.95	67.77	67.43	82.02
FUERZA DE VOLUNTAD	92.73	94.89	97.28	99.21	99.37	99.53

METODO	DEJARON DE FUMAR		NO DEJARON DE FUMAR		# TOTAL	% TOTAL
	#	%	#	%		
AVERSIVO	0	0.00	4	8.69	4	6.86
ESTIMULO DISCRIMINATIVO UNICO	4	28.57	5	10.86	9	15.00
"FUERZA DE VOLUNTAD"	7	50.00	6	13.04	13	21.66
CONTRATO	3	21.43	31	67.39	34	56.66
TOTAL.	14	100%	46	100%	60	100%

$$\chi^2 = 14.23$$

3 G.L.

$$\chi^2_t = 12.83$$

$$\chi^2_c = 14.23$$

$$P < 0.01$$

TABLA #8.

HOJA DE REGISTRO DE LA LINEA BASE

DIA	#	TIEMPO	#	FRECUENCIA	#	ANTECEDENTES, CONSECUENCIAS O EVENTOS RELACIONADOS.
LUNES	#	8-10 a.m.	#	4	#	
	#		#		#	Despierta toma uno
	#		#		#	toma el resto des-
	#		#		#	pues de tomar café
	#	10-12 a.m	#	6	#	tose después.
	#		#		#	
	#	12-2 p.m	#	3	#	
Total del lunes				13		

MARTES "

"

"

MIERCOLES

"

"

JUEVES "

"

"

VIERNES "

"

"

SABADO "

"

"

DOMINGO "

"

"

RESULTADOS

De los 60 pacientes que iniciaron el estudio sólo 51 terminaron y nueve se retiraron siendo la mayoría de el grupo de contrato siendo casi igual entre masculinos y femeninos. Gráfica # 1 y 2

El método que mejores resultados mostró fué el de la fuerza de voluntad (Terapia racional emotiva, TRE) esto aparentemente se debió a que la mayoría fueron parejas de casados donde tenían un niño recién nacido durante el largo que duró el estudio. Tabla # 7.

El método que menos resultados nos dió fué el aversivo en donde el castigo estuvo presente. Tabla # 7.

En el método de contrato tampoco se observan resultados satisfactorios. Tabla # 7

El motivo del retiro de los pacientes aparentemente se debe a que los reforzadores no fueron más fuertes que el que da el cigarrillo, siendo éste mucho más potente. Tabla #4.

Encuentro que el grupo de edad donde más se fumó fué entre los 25-30 años. Tabla # 1.

En el estudio presente encuentro que el registro es la base fundamental, para los resultados obtenidos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De los grupos estudiados el 41.66% corresponde a pacientes de 25-34 años. Tabla # 1

Se utilizaron 4 grupos para el estudio siendo el más utilizado en un 56.66% de los pacientes, el método por contrato. Tabla # 2.

Del total de métodos utilizados en el 76.66% de los pacientes se detectó una disminución en la cantidad de cigarrillos fumados y el 23% dejaron de fumar por completo. El 51.66% de los pacientes correspondientes a aquellos sometidos a contrato se observó únicamente disminución y en el 11.66% que corresponde al método de "Fuerza de voluntad" dejaron de fumar por completo.

De los 60 pacientes que iniciaron, el 85% terminó su tratamiento y el 15% se retiró. Gráfica # 3, 4, 5, Tab. 4.

Se observó que en el primer mes de tratamiento con los métodos contrato, aversivo y "C.E" se logra una -- disminución en la cantidad de cigarrillos que iba del 10 al 21%. En comparación con el de "fuerza de Voluntad" en el que se observó una disminución del 92.73 % en los meses subsiguientes la disminución fué progresiva y similar para los 3 primeros métodos mencionados llegando hasta un 82 a 87% de disminución en la cantidad de cigarrillos fumados, comparativamente con la "F. Voluntad" con la que se logra más de 99%. Gráfica 3, 4, 5. Tabla # 7.

Del total de pacientes que dejaron de fumar el 50% fueron sometidos al método de "F. de voluntad" y el 0% al -aversivo. Tabla # 8

Y del total de pacientes que no dejaron de fumar la mayoría el 67.39% correspondió al método de contrato. Tabla # 8.

CONCLUSIONES

- 1.-El autocontrol no brinda los mejores resultados en el tratamiento del tabaquismo.
- 2.-La "fuerza de voluntad" fué el método que mejores resultados mostró.
- 3.-Se observa que con los 4 métodos existe una disminución importante en la frecuencia de fumar.
- 4.-El registro de la conducta, fué la base para que la frecuencia de fumar disminuyera.
- 5.-Se necesita un reforzador potente para competir con el estímulo potente que es el cigarro.
- 6.-Para los pacientes que se retiraron el costo de respuesta fué muy alto.
- 7.-De los pacientes que dejaron de fumar el 50% fueron con el método de "fuerza de voluntad".
- 8.-De los pacientes que no dejaron de fumar el 67.39% corresponden al método de contrato.
- 9.-Mientras el gobierno de nuestro país siga tolerando las compañías que elaboran el cigarro, el tabaquismo seguirá siendo un problema muy importante de salud pública.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Daniel J. Joly.,M, Sarmientos, :El hábito de fumar en estudiantes preuniversitarios de la Habana, Cuba 1980. Bol. de la ofna. Sanitaria Pan. 1983; Vol 94, ; 3:270-277.
- 2.-F.,Cabrera,C.,Salomon, :El hábito de fumar en estudiantes de educación media, en Santiago, Chile. Bol. de la ofna. Sanitaria Pan. 1982; Vol 93, : 6:533-540.
- 3.-D.,Hill, :The physician's influence on patients' smoking habits. Family physician Australian 1983; Vol. 12 9:
- 4.-W.,Rosser, :Reports on two studies of smoking cessation strategies. Family Physician Canadian. 1984; Vol - 30, :5: 1-248.
- 5.-Freixa, F. :Toxicomanias un enfoque multidisciplinario Barcelona, Esp., Edit. fontanella, 1981, pp 129-136.
- 6.-Goodman and Gilman, The Pharmacological basis of therapeutics, 1982.
- 7.-C.,Richard, :El sutil arte de entender a los pacientes, México, D.F, Edit. P.L.H., 1974, pp 126-127.
- 8.-C.,Rimm, :Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empiricos. México, D.F., Edit. Trillas, 1982, pp 301-341.

- 9.-C.,Capdevilla, :Cómo dejar de fumar.Buenos Aires,Arg.,
Edit. Lidiun,1981,pp 1-155.
- 10.-V.,Vogt, :Cigarette smoking.Abstract.1982;Vol.70, :
11;PP 11-43.