

01962
1 ej 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

División de Estudios de Posgrado

Comparación de un Tratamiento a Corto Plazo con uno a Largo Plazo Basados en la Terapia Conductual para el Control del Tabaquismo

T E S I S

Q u e p r e s e n t a :

AIDA BERKMAN MARGOLIS

01962
-1983-

Para obtener el título de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

Clinica.

México

1983

**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.

C O N T E N I D O

- 1. INTRODUCCION**
- 2. MODELOS DE TRATAMIENTO PARA FUMADORES**
 - a) Kaiser-Permanent Stop Smoking Clinic.**
 - b) Smoke Watchers**
 - c) Smokenders**
 - d) Schick Centers**
 - e) Programas con Respaldo Médico.**
- 3. TECNICAS DE TRATAMIENTO BASADAS EN LA TERAPIA CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR**
- 4. METODO**
 - a) Sujetos**
 - b) Escenario**
 - c) Materiales**
 - d) Definición de Variables**
 - e) Diseño Experimental**
 - f) Procedimiento**
- 5. RESULTADOS**
- 6. DISCUSION**
- 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**
- 8. APENDICE I. - Cuestionario**

INTRODUCCION

En los últimos cinco siglos, cientos de millones de seres humanos se han entregado a uno de los hábitos más comunes, da ñinos y autodestructivos: inhalar, mascar u oler tabaco.

Estas personas, a las que, de aquí en adelante, llamare-- mos fumadores, tienen seis veces más posibilidades de morir - de enfisema y once veces más de morir de cáncer en los pulmo nes, que los no fumadores, además de que contribuyen al fumar a tener problemas cardiovasculares y otras enfermedades mortales. Phoebus N. Tongas. (31)

A fines de 1950 y a principios de 1960 se empezó a aler tar a los fumadores sobre el daño que provoca el cigarro. Sin embargo, muy pocos dejaron de fumar y menos éxito tuvieron - aquellos que lo intentaron. Diez años después de 1970, y habien do acumulado más evidencias sobre el daño que ocasiona el taba- co, se ha estimado que la mitad de los que fuman en los Esta- dos Unidos quieren dejar el tabaquismo, pero, la mayoría de los sujetos fracasan en lograrlo. (31)

En realidad, no hay en todo el mundo una sola organiza- ción médica ó científica que ponga en tela de juicio el hecho de que el fumar es una amenaza peligrosa para la salud,

Hoy por hoy, la salud de la mayoría de la gente se ve infinitamente más perjudicada por los cigarrillos que por algunas drogas psicotrópicas como es el caso de los morfínómanos, quienes reciben consejo, ayuda y atención médica en las secciones de Alcoholismo y Toxicomanías a través de los Institutos de Sanidad, en tanto que el fumador que desea corregir su vicio, debe arreglárselas solo. Ya es hora de que se admitan los daños que el tabaco causa en todos los países y de que se trate oficialmente de combatirlos lo más posible.

En 1967, casi 400 científicos de 33 naciones conferenciaron sobre estas cuestiones bajo el patrocinio del "Consejo sobre el Tabaco y la Salud", organismo creado en los Estados Unidos, siendo el país que más se ha preocupado por prevenir y ayudar a sus habitantes contra el tabaco: las Asociaciones Americanas del Cáncer, Dental, Del Corazón, Médica y de la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias, la Oficina de la Infancia, la Sociedad de Padres y Maestros son tan sólo algunos de los muchos organismos que facilitan folletos e información que ayudan a los fumadores a dejar el tabaco o a los no fumadores a no contraer el tabaquismo.

En México en el año de 1950 se produjeron 1,028 millones

de cajetillas de cigarros. Para el año de 1960, ésta había subido a 1,871 millones de cajetillas. Para 1970 ascendió a 2,142 millones de cajetillas y para 1976 era de 2,293 millones de cajetillas. (*)

Los programas de prevención en general, y en particular el relacionado con el tabaquismo en nuestro país, afrontan serias dificultades en lograr sus metas, debido entre otras cosas, a que la información que se transmite no se hace con la frecuencia y consistencia que se requiere y por lo tanto, no se logra que el individuo pueda consolidar esta información. Esta situación se agrava más si nos damos cuenta de la inversión en propaganda y publicidad por parte de los productores de cigarros. Por ejemplo, en el año de 1976 se gastaron en esta área 109,594 millones de pesos en México. (**)

Ese dinero que se invierte en el cigarrillo es el combustible que hace girar las ruedas de las industrias tabacaleras y de las empresas publicitarias que cooperan para aumentar las ventas de este producto nocivo para la salud.

(*) La Economía Mexicana Cifras, Nacional Financiera, S.A. México, 1978.

(**) Estadística industrial Anual 1976, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, Septiembre, 1979.

En cualquier país es bastante considerable la incidencia económica de las industrias del tabaco, sea o no un monopolio estatal. Algunos granjeros, cuyos ingresos dependen de sus cultivos de tabaco, consideran tal industria como una fuente de beneficios, pero desgraciadamente no puede optar lo mismo la viuda del gran fumador que murió de cáncer en pulmón, tras largos años de dolorosa enfermedad.

En México, una gran mayoría de las personas que fuman, sin importar el nivel económico, tienen ya conciencia de que el cigarro hace daño. La mayoría de la gente que fuma cigarrillos nunca ha adoptado la decisión consciente de continuar haciéndolo. Simplemente se dejaron arrastrar por lo que acabó convirtiéndose en una norma de conducta preestablecida. Observaron que un cigarrillo les permitía hacer algo con las manos; que les mantenía ocupados, cuando no se les ocurría nada que hacer ó decir. Hubo quienes encontraron en el hecho de fumar, una forma de romper el hielo en una reunión, así que comenzaron a aceptar - cuantos cigarrillos se les ofrecía. La publicidad contribuía a - este "toma y dame", presentando el ofrecimiento de cigarrillos como algo "generoso" e incluso como una forma de hacer nuevas amistades. Cuando tales personas se sorprendieron aceptando cigarrillos cada vez con mayor frecuencia, acabaron por

decidirse a comprar los suyos en cantidades que crecían con regularidad.

En otras palabras, tras sus primeros y escasos intentos no se pararon a pensar cuidadosamente en si de verdad querían o no, seguir fumando; nunca se detuvieron a comparar los presuntos beneficios del cigarrillo con sus más evidentes desventajas.

La mayor parte de los adultos que fuman hoy en día, - empezaron antes de que se tuviera amplio conocimiento de los peligros del hábito. Muchos de tales adultos, aunque ahora conocen mejor el problema, son ya adictos, a quienes resulta difícil abandonar un hábito que ya es parte de su vida cotidiana,

Quien acaba de empezar a fumar puede no darse cuenta de que muchos fumadores consuetudinarios saben cuán peligroso es el tabaco y están tratando desesperadamente de abandonarlo. Se ha comprobado, que aproximadamente la mitad de las personas que se consideran fumadores habituales de cigarrillos, han intentado dejar el hábito por lo menos una vez y no han logrado permanecer abstinentes.

Entre los países que más se han preocupado en desarrollar programas de tratamiento para el control del tabaquismo están

Estados Unidos, Inglaterra, Suecia y ahora México (*). Un gran número de personas han dejado de fumar gracias a los diferentes programas. En 200 ciudades dentro de los Estados Unidos se encuentran funcionando más de 116 tipos de métodos para ayudar a las personas a dejar el tabaquismo, incluyendo dentro de éstos la hipnosis y acupuntura.

Entre los más renombrados programas de tratamiento en los Estados Unidos (**) está el "Kaiser Permanent Health Center," en los Angeles, California; "Schick" y "Smokers" dentro de varias ciudades en los Estados Unidos, estos dos últimos, también en México, y uno de reciente creación en la Ciudad de México, la Clínica TAT. (***)

El tipo de programas que se llevan a cabo en estos centros, son en forma individual y/o grupal. Otros exclusivamente en grupo y todos ellos varían en cuanto a su duración, teniendo como máxima duración nueve semanas. Casi todos coinciden en la modificación de conductas asociadas al tabaquismo, en la

(*) I Reunión sobre Investigación y Enseñanza, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

(**) Review and Evaluation of Smoking Control Methods, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

(***) Primera Clínica privada en México, 1978.

sustitución del hábito por otro, en la terapia aversiva y terapia de relajación, así como en la exhibición de películas informativas.

Las estadísticas de los programas existentes del "Kaiser Permanent Health Center" y "Kaiser Permanent Stop Smoking -- Clinic" informan de un 47% de éxito y de un 57% después de -- seis meses. Las estadísticas de "Schnick" nos hablan de un -- 57% al concluir el programa. "Smokenders" tiene una tasa de -- éxito en las primeras cinco semanas de 12% y el otro 15% al -- finalizar el programa. (*)

En base a los resultados obtenidos por estos métodos de tratamiento y a partir de la revisión bibliográfica que se llevó a cabo, se encontró que las técnicas basadas en el área de la Modificación de Conducta resultaban ser más efectivas que aquellas sustentadas por otras aproximaciones, además del hecho de que a través de las visitas que se hicieron a diferentes clínicas dedicadas al tratamiento de fumadores, se observó que su trabajo basado principalmente en dichas técnicas. Es así como en 1978 se abrió en México la primera Clínica privada para el control para dejar de fumar, tomando como base el -- método de los Centros "Schick".

(*) Review and Evaluation of Smoking Control Methods, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1978.

En 1979, después de asistir a varias convenciones, entre ellas la del "Grupo Kaiser" en Houston, Texas, en las que se trató sobre diferentes técnicas existentes y sus resultados, se decidió combinar las técnicas empleadas en los Centros "Schick" y las de la "Kaiser-Permanent Stop Smoking Clinic", para llevarse a cabo en la "Clínica TAT" en México.

De acuerdo a las técnicas revisadas y a las visitas realizadas fué como se creó la "Clínica TAT", la cual dió origen al presente estudio que tuvo como objetivo diseñar y adaptar un tratamiento basado en la terapia aversiva y en los modelos de "Schick" y de "Kaiser". Se obtuvo una muestra de 60 pacientes de la Clínica, quienes fueron divididos en dos grupos, debido a que se deseaba comparar dos tipos de tratamientos: un -- tratamiento a corto plazo de ocho semanas y un tratamiento a largo plazo de 24 semanas, con el fin de determinar cuál de ellos resultaba ser el más efectivo.

En base a la universalidad del tabaco se han realizado - infinidad de estudios en distintos países que confirman la relación tabaco-cáncer del pulmón. Se han acumulado tal serie de datos de hechos clínicos, que hasta los más excépticos están - convencidos de la responsabilidad del tabaco en el proceso can-

cerol6geno broncopulmonar. Pero el peligro del tabaco no termina aquf, porque, aparte de su relaci6n con el c6ncer del labio, boca, laringe, es6fago, vejiga, etc., es el principal responsable de las afecciones cr6nicas del pulm6n, de miles y millones de bronquficos cr6nicos enfisematosos. (32)

Por ello surge la necesidad vital en nuestro pafs de contar con clfnicas que ofrezcan tratamientos para el control del tabaquismo con el fin de poder ayudar a todos aqu6llos que no pueden dejar de fumar por s6 solos.

A) Kaiser-Permanent Stop Smoking Clinic: *

El Plan de Salud de la "Fundación Kaiser", ha mostrado un continuo interés en el área del tabaquismo y la salud. El Proyecto de investigación para el "Control del Tabaquismo y de la Salud" fue llevado a cabo por los miembros de la Fundación Kaiser en Walnut Creek, Cal. U.S.A., de 1964 a 1968. El proyecto empleó métodos tales como la orientación en grupo e individual, tranquilizantes y placebos en diversas combinaciones, sin ayuda de apoyo. En total, un tercio de los individuos dejó el cigarrillo inicialmente, pero después de un año el porcentaje bajó a un 20%; la orientación individual, no obstante, obtuvo un éxito de un 31%.

En 1970, el Plan Kaiser creó una Clínica contra el tabaquismo en Oakland; Kaiser-Permanent Stop Smoking Clinic, la clínica se extendió hasta San Francisco en 1973 y en 1976 hasta la población cercana de San Rafael.

En un principio, el programa del grupo se llevaba a cabo en cuatro semanas. En la actualidad, los grupos se reúnen dos

(*) Review and Evaluation of Smoking Control Methods, U.S. Department of Health, Education and Welfare.

veces por semana durante cuatro semanas más. Las reuniones del grupo se hacen por tres; seis y doce meses. Los grupos tienen un promedio de 10 personas en cada uno. Desde 1973 han existido seis líderes, cuatro de los cuales dejaron de fumar como consecuencia de haber completado el programa; todos los líderes tienen experiencia en orientación y psicología. Los doctores de la "Fundación Kaiser" no hacen mucha propaganda, pero a los miembros se les informa de la existencia del programa por medio de una carta.

Inicialmente se hace de una entrevista personal y confidencial sobre los problemas y tensiones familiares, de trabajo y sobre sus relaciones interpersonales. Se da una orientación familiar de tipo educacional y para recibir el apoyo de la misma para ayudar al fumador a dejar de fumar. En las sesiones el terapeuta ayuda a los fumadores a internalizar los beneficios que obtendrán al dejar de fumar y cómo ello mejorará su vida.

A los fumadores se les asigna la quinta sesión para dejar de fumar y se les dan estrategias para el cambio de rutina en los hábitos. Las siguientes sesiones son en grupo y com-

**MODELOS DE TRATAMIENTO PARA
FUMADORES**

parten experiencias personales.

Los resultados obtenidos en seis meses han mejorado, de un 25% aproximadamente que dejó de fumar en 1972, a un 55% de 1973 a 1975. En seis meses, el porcentaje de 1979 fué de un 57%.

En el área de Los Angeles, Tongas y sus colegas del -- Plan Kaiser organizaron el tratamiento de 72 individuos con cuatro métodos: condicionamiento aversivo, condicionamiento oculto, método de grupo, y un grupo de tratamiento combinado que incluía los tres tratamientos. Fueron 19 sesiones de tratamiento en un período de un año. Las primeras cinco sesiones se realizaron en días consecutivos seguidos de cinco sesiones en el mes siguiente y nueve más en los siguientes nueve meses. Los dos métodos de condicionamiento alcanzaron un éxito de un 19% después de un año. Del grupo de 19 individuos, sólo dos dejaron el cigarro, de los cuales sólo uno permaneció sin fumar un año después del tratamiento. El grupo de tratamiento combinado, que constaba de 21 personas, tuvo mejores resultados, pues diez individuos dejaron el cigarro inicialmente y ocho permanecieron abstinentes por un año (38% de éxito). Este estudio indica que el hecho de ampliar el número de sesiones de tratamiento por un período de un año no mejora los promedios

de éxito, ya sea por métodos de grupo o por condicionamiento.

B) Smoke Watchers.*

Fue el primer programa comercial en los Estados Unidos y Canadá (1968). Las cuotas de admisión, tenían un costo tan bajo que los clientes no estaban motivados a proteger sus inversiones y los líderes no podían cubrir sus gastos. Algunos juicios legales contra la corporación en Nueva York y California paralizaron el esfuerzo nacional de los Smoke Watchers. El resultado fue que la mayoría de los líderes, o se independizaron o se retiraron. Varios líderes de los Smoke Watchers, hasta con ocho años de experiencia trabajando contra el tabaquismo, están asociados actualmente con grupos voluntarios.

Smoke Watchers desarrolló su técnica utilizando las características exitosas de métodos empleados antes de 1968. El programa se basa en un retiro gradual del cigarro y en metas semanales asignadas por un líder en las reuniones de grupo. Los participantes siguen un libro publicado por los Smoke Watchers en donde se discuten diversos aspectos del hábito de fumar. A los participantes se les animó originalmente a que asistieran a las catorce reuniones que se realizaban una cada semana, pero menos del 30% acudió a estas reuniones. El nú-

*Review and Evaluation of Smoking Control Methods U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

mero de reuniones varfa según la localidad. Se discuten las - - cuotas en las reuniones de grupo y aquellas personas que al - - canzan sus metas son elogiadas por los miembros del grupo y - por su lfder.

C) Smokenders *

Fue organizado en Nueva Jersey en 1969, por una exfu-- madora, Jacquelyn Rogers, con la ayuda de su esposo, un den-- tista. La organización se concentró originalmente en la extensa área de Nueva York, Smokenders se expandió lentamente, selec-- cionando lfderes entre los graduados del programa. La compa-- ña otorga exenciones y dirige las organizaciones locales di--- rectamente. En 1977 existfa una sola organización local cen-- tral en catorce estados: Ohio, Pennsylvania y Texas tenfan --- dos cada uno; Nueva Jersey y California tenfan tres cada uno, y Nueva York tenfa cuatro. Los moderadores (aquellos que --- gufan el programa) son entrenados en Nueva Jersey y en progra-- mas de entrenamiento de las organizaciones locales de los dife-- rentes estados. Smokenders emplea una técnica sistemática, al-- tamente estructurada, que está exenta de tácticas de miedo. El reforzamiento positivo alienta a los fumadores a dejar lentamen-- te el cigarro; se hace énfasis en las actitudes de cambio. El -

*Review and Evaluation of Smoking Control Methods U. S. De-- partment of Health, Education, and Welfare.

plan general consiste en una reunión semanal durante un lapso de nueve semanas, las cuales se llevan a cabo en escuelas, iglesias y otros centros de la comunidad. El número de miembros por grupo varía llegando a treinta participantes aproximadamente.

Smokenders cuenta también con un programa "Corserv" para empleados de banco, de almacenes, fábricas y oficinas. - El "desprendimiento" del cigarro se realiza a la quinta semana, seguido de cuatro reuniones de reforzamiento. Los graduados pueden asistir a las reuniones después de su graduación.

Smokenders ha efectuado alrededor de cinco mil seminarios para cien mil fumadores aproximadamente. Cerca del 12% de los participantes dejan de ir durante las cinco primeras semanas y otro 10% abandona el programa antes del final, siendo un 78% el que termina el curso. En los porcentajes de éxitos proporcionados por Smokenders, éstos afirman conseguir un 89% de éxito en los graduados que responden al tratamiento complementario, el cual varía de períodos de tres meses a un año.

El método de los Smokenders fué evaluado por Kanzler, Jaffe y Zeidenberg, quienes informaron que salieron 385 graduados con éxito de las 553 personas que asistieron al método de los Smokeneders, pero los informes fueron proporcionados -

realmente por sólo 167 personas (101 por correo y 66 por teléfono). *

Agregando los resultados de los 167 informante a los resultados de los otros graduados exitosos, se determinó que un "porcentaje de éxito de cuatro años" de un 39% se basaba en la suposición de que los individuos no localizados abandonaron el cigarro en la misma proporción que aquéllos que si fueron localizados. El porcentaje del abandono del cigarro al final del tratamiento fué igual tanto para hombres como para mujeres, todos los cuales se graduaron con éxito, por no haber fumado.

1) Schick Centers. *

Para el control del tabaquismo los Schick Center se iniciaron en Seattle en 1971. El método original Schick contra el tabaquismo desarrollado en el Hospital Shadel en Seattle, consistía en castigos de shock farádicos y en un entrenamiento de autocontrol. Dos grupos de sujetos participaron en las pruebas, 3 de 11 abandonaron el cigarro en la primera prueba y 6 de 12 lo hicieron en la segunda prueba (39% de éxito total).

Debe señalarse que si la evaluación de los Smokers hubiera incluido a todos los participantes, el porcentaje de éxito hubiera sido un 27%.

* Review and Evaluation of Smoking Control Methods U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

El método Schick empleado en la actualidad consiste en sesiones por cinco días consecutivos combinados con tratamientos de shock, saciedad al fumar y bocanadas rápidas. Los clientes reciben los shocks mientras están fumando; algunas veces al shock viene cuando se les dan instrucciones de inhalar y en otras ocasiones cuando se les dan instrucciones para que no inhalen. En las siguientes ocho semanas, el cliente acude al "programa complementario" en donde se tratan temas educacionales de nutrición, control de peso, técnicas de relajamiento, aeróbicos, modificación de conducta, consecución de metas, y presentación de películas.

Los clientes generalmente asisten dos veces por semana a las reuniones en las dos primeras semanas, tiempo durante el cual se discuten los cambios fisiológicos que se presentan una vez que se interrumpe el hábito de fumar; los clientes asisten una vez por semana posteriormente. Las sesiones son educacionales y no se intenta que se forme un apoyo de grupo; los clientes pueden asistir cualquier tarde dependiendo de su interés en el tema.

A los clientes se les telefona una vez por mes y se les invita a que regresen al programa si es que están pasando por

cualquier problema. Existe la posibilidad de reembolsar su di
nero en caso de que el cliente no haya dejado de fumar en el
quinto día y sienta que la terapia no le ayudó reducir su taba-
quismo.

Previo al reembolso se le pide al sujeto que fume un ci
garro en presencia de un empleado de la Schick. En 1976, un
6% de los clientes pidieron el reembolso. En Dallas, los clien
tes tienen la oportunidad de pagar una cuota baja si renuncian
a la posibilidad del reembolso. Alrededor de 50,000 individuos
han seguido el programa. Los clientes están muy motivados, en
su mayoría mujeres. El promedio de edad es de 40 años. -
Gar Mertas, el director del centro ejecutivo Schick proporcionó
los siguientes datos basados en los 17,000 individuos que cursa
ron el programa de 1970 a 1973: después de 90 días, el 68%
se abstuvo de fumar (12,900 individuos); después de 6 meses, -
el 59% no estaba fumando (8,700 individuos) y después de un --
año 53% no fumaba (6,023 individuos).

Frank Schwartz, el director de ventas de "Schick" pro-
porcionó los siguientes datos de evaluaciones telefónicas reali-
zadas por la compañía en Pasadena. De 923 clientes que cursa
ron el programa entre septiembre de 1973 y mayo de 1976, a

quinientas diez y ocho personas se les colocó en programas complementarios. De los 518, 297 (57%) no habían fumado por lo menos en un año. Con excepción del 3% todos habían dejado de fumar inicialmente y un 80% permaneció sin hacerlo durante seis meses. Más de la mitad de los sujetos, que nunca dejaron de fumar, o que lo hicieron por menos de meses, no completaron el tratamiento.

Algunas firmas comerciales aseguran conseguir un 90% de éxito, aunque la organización Schick (en nuestra opinión) presenta un porcentaje más razonable de 57%. Estas evaluaciones son dirigidas por los mismos organizadores y están basadas en su mayoría en las personas que completaron el tratamiento; las estadísticas se limitan a las personas que se localizaron en el programa complementario. Muchos grupos siguieron solamente un tratamiento complementario de corta duración. Es importante el hecho de que estos programas sean evaluados para que el público sepa qué esperar de los métodos comerciales. El Centro Nacional para la Educación de la Salud de San Francisco está realizando un estudio (fundado por la ACS) para investigar cuán factible sería que los grupos comerciales y voluntarios permitieran que sus métodos fueran evaluados por investi-

gadores independientes. Si esta evaluación resultara factible, conduciría a la elaboración de estudios para determinar el porcentaje de valor y éxito de algunos de los programas comerciales más amplios.

E) Programas con Respaldo Médico. - Una cantidad de "métodos" de interrupción pueden ser incluidos bajo el amplio nombre de programas con respaldo médico. Ya hemos hablado de las técnicas de grupo y las técnicas clínicas para abandonar el cigarro que ofrecen las fundaciones, así como también de los planes de salud y la técnica de hipnosis en los cuales participan médicos. En esta sección discutiremos la orientación consejo médico y las pruebas preventivas. La orientación médica incluye la participación del médico en los programas contra el tabaquismo en las clínicas médicas y hospitales. Como a los profesionales de la salud se les considera unas autoridades en asuntos de salud, el público en general busca su consejo y considera su comportamiento como un modelo a seguir. Por ejemplo, una investigación nacional entre los adolescentes realizada por la Sociedad Americana contra el Cáncer reveló que el 72% de los que no fumaban identificaban al grupo de los médicos -- como el único que podría persuadirlos de no empezar a fumar; y el 42% de los fumadores dijeron que el consejo de sus

médicos influiría para que dejaran de fumar.

Una investigación Gallup reciente practicada entre adultos, también indicó que tres de cada cuatro fumadores que fumaban una cajetilla o más al día y que querían dejar de fumar harían caso al consejo de su doctor y dejarían el hábito.

Han existido varios programas contra el tabaquismo llevados a cabo por los auspicios de alguna clínica u hospital y que han sido organizados, en su mayoría, por médicos.

Hepper y cinco colegas de la clínica Mayo dirigieron dos técnicas clínicas para combatir el tabaquismo. En las 8 sesiones de cada técnica clínica se incluía la presentación de películas, conferencias, un grupo de consultantes, discusiones de grupo y existía en general un ambiente de camaradería. Las reuniones de apoyo se emplearon con el primer grupo, el cual estaba dirigido por un grupo selecto de miembros. El segundo grupo no se reunió después de 8 sesiones. Los resultados del primer grupo después de 10 meses, demostraron que el 13% de los 107 individuos dejaron de fumar. En el segundo programa, con un tratamiento complementario de un mes, 7 de 18 participantes (39%) habían dejado el cigarro.

**TECNICAS DE TRATAMIENTO BASADAS EN LA
TERAPIA CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR**

De un modo bastante arbitrario, se pueden dividir las técnicas de tratamiento en las siguientes categorías principales.

- A) En la primera entran aquellas que se basan en consecuencias aversivas, sea para el acto de fumar en sí o para lo que se imagina o piensa respecto al fumar. Tras el acto de fumar se han aplicado choques eléctricos, Berecz (2), Ober (22). En algunos casos el fumador mismo se aplica los choques. Una segunda clase de estimulación aversiva recurre al empleo de un aire caliente y humoso que produce náuseas en el fumador -- (Grimaldi y Lichtenst), (9), Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl, 1973 (15), Schmal, Lichtenstein y Harris, Incluso más popular que un aire caliente y humoso ha sido el emplear la saciedad; es decir, pedir al fumador que fume en sucesión rápida varios cigarrillos (Lichtenstein y otros, (19), Marston y McFall, (20), Resnick, (23), Susshinsky (30). También se ha ensayado con la sensibilización encubierta, consistente en que el fumador imagine las náuseas que le producirá fumar excesivamente (Lewson y May, (13), Sachs, Bean y Morrow (25), Wagner y Bragg, (33), así como la sensibilización pública, cuando se utiliza una píldora para producir en la boca, en combinación en el fumar, una sensación de sabor desagradable Marston y McFall, (20); Whitman, (35).

Desde luego, por esfuerzos no ha quedado en estos inttos de hacer que el fumador se sienta incómodo cuando fuma o cuando piensa en fumar.

B) La segunda clase de técnicas consiste en intentar reducir la frecuencia con que se fuma recurriendo a un sistema que podría llamarse fumar por señal, siendo característico de tales enfoques el estudio de Azrin y Powell,(1) en el que se pidió a fumadores empedernidos que utilizaran una cigarrera especial, que permanecía cerrada durante un tiempo especificado de antemano a partir de tomarse un cigarrillo de ella. El fumador podía incrementar el intervalo entre cigarrillo, pero nunca hacerlo disminuir. Bernard y Efran (4), emplearon un dispositivo similar y programaron bien el eliminar por completo el fumar, bien reducirlo a ocho cigarrillos por día durante 28 días. Levinson, Shapiro, Schwartz y Tursky (14), recurrieron también a un procedimiento de reducción gradual, que consistía en un dispositivo señalador, programado al azar y ajeno al control del fumador, o en un contador sencillo, en el que el fumador registraba cada cigarrillo fumado. Según Shapiro Tursky, Schwartz y Schnidman (28), la última técnica unía el fumar con una señal. El último estudio consistió en que el fumador fumaba cada vez que escuchaba una señal auditiva molesta. Se - -

puede considerarse como perteneciente a esta categoría de fumar un estudio de Miller y Gimpl (21).

C) La administración por contingencia y contractual no ha resultado tan popular como hubiera sido de esperar. Bernstein (3), exigió de sus fumadores que se comprometieran a dejar de fumar cuando se encontraran en medio de un grupo. Elliot y Tiche (6) pedían un depósito monetario sustancial, que iban regresando en abonos si el fumador no fumaba, pero no si lo hacían. Lewson y May (13), recurrieron a la administración por contingencia (en que se empleó el principio Premack) y la contractual.

Roberts (24), utilizó como método el que sólo se fumara en lugares muy poco adecuados, intentando con ello dejar de fumar él mismo. Wine (36), informó recientemente de un estudio completo sobre el empleo de contratos de depósito, en el que se compararon dos grupos. Uno sabía que se le devolvería el depósito si reducía su tasa de fumar; al otro se le regresaba, dejara o no de fumar.

D) El cuarto tipo de enfoque incluye lo que pudieran llamar se programas de adiestramiento de tratamiento de sí mismo, -

en los que se dan al fumador instrucciones que varían en su grado de complejidad y sutileza y se les permite seguir adelante por cuenta propia. Harris y Rothberg (10), han descrito un programa de este tipo, aunque no proporcionaron datos sobre el mismo. McFall y Hammen (18), extrajeron lo que ellos consideraban las características comunes a todos los programas de tratamientos y dejaron al paciente decidir su consumo diario de cigarrillos, completándolo con contingencias positivas, negativas y/o ausentes, dadas en forma de puntos.

Ober (22), adiestró a uno de sus grupos de fumadores en los principios del autocontrol operante y les pidió que intentaran aplicar dichos principios. Sachs y otros (25), también adiestraron fumadores en técnicas de autocontrol, haciéndoles tabular los estímulos discriminativos dados a sus actos de fumar.

Whitman (35), enseñó a sus fumadores técnicas para olvidar la conducta de fumar mediante la creación de patrones de conducta incompatibles con esa actividad.

En la reducción del hábito de fumar la desensibilización sistemática no ha resultado una técnica popular. Marston y McFall (20), utilizaron lo que ellos llaman reducción jerárquica; los fumadores dividen su día en cuatro períodos, ordenados

de acuerdo con la dificultad encontrada en controlar el hábito - de fumar en cada uno de ellos, y se intentó ir eliminando progresivamente el hábito de fumar, iniciando el proceso a partir de período más fácil.

Aparte de un estudio de Lichtenstein, Kreuzer y Himes (17), quienes no lograron reproducir el estudio original de Janis y Mann (12), la interpretación emocional de un papel (en la que el fumador interpreta el papel de un enfermo de cáncer a punto de ser operado o asimismo, interpreta el papel de un doctor que debe informarle al fumador que sufre de cáncer) apenas ha recibido atención alguna.

E) La categoría final de técnicas de tratamiento consiste en emplear simultáneamente más de un método. A decir verdad, es de dudar que, fuera de algunas excepciones, no se manipulan simultáneamente en los estudios diversas variables independientes; sin embargo, en varios casos se han empleado como técnica de tratamiento única una combinación de técnicas. En los enfoques de tipo aversivo se ha utilizado el choque, pero dando la posibilidad de que el sujeto escapara de él o lo evitara no encendiendo un cigarrillo o apagando el prendido (Steffy, Meichenbaum y -- Best, (29); Gendreau y Dodwell (7). Whitman combinó el poner

quinina en la lengua con un choque, mientras que Lichtenstein y otros combinaron un fumar rápido (saciedad) con aplicar -- aire caliente y humoso, para determinar con ello si aumentaba o no el efecto de los estímulos aversivos. Wagner y -- Bragg (33), recurrieron a la sensibilización encubierta para -- atacar directamente el hábito de fumar cigarrillos, empleando simultáneamente la desensibilización sistemática para enfrentar se a la ansiedad que, se supone, es razón del fumar; una vez más se estaba intentando comparar los efectos del tratamiento combinado con los de los tratamientos por sí mismos. Gerson y Lanyon (8) emplearon un enfoque similar. Champan, Smith y Layden (5) combinaron choques con adiestramiento en actividades alternativas.

Es decir, puede sacarse en conclusión que por variedad de técnicas para tratar la conducta de fumar no ha quedado, -- resultando esto incluso más claro cuando a todas esas técnicas conductuales se agregan las muchas condiciones de control empleadas.

Por último, otra aproximación que ha tratado de explicar la conducta del tabaquismo es el psicoanálisis, el cual considera que la conducta de fumar es propiamente una conducta de suc-

ción. Según Margaret Ribble es la actividad de succión más gratificadora y absorbente, y pese a que muchos la consideran como un simple medio para ingestión de alimentos, la boca, con su delicada sensibilidad y sus complejas estructuras musculares, satisface, a través de la succión, importantes necesidades psicológicas. "Se cree que la succión sea la actividad biológica primitiva que fundamenta el desarrollo del sentido efectivo del niño hacia su madre. La teoría psicoanalítica explica que los factores psicológicos nos hablan de que en el fumador existen urgencias de tipo "oral" que son sustituciones a necesidades frustradas en los primeros años de vida, como por ejemplo, chupar.

Esta aproximación se ha caracterizado por ser una posición más bien teórica que empírica, lo que ha dado lugar a que no se haya desarrollado una tecnología dirigida al tratamiento de fumadores.

M E T O D O

A) Sujetos:

Para el presente estudio, se seleccionaron sesenta sujetos, dentro de una población de 200 sujetos que asistieron a la "Clínica TAT", treinta hombres y treinta mujeres, de clase -- media, con escolaridad mínima de primaria, cuyas edades variaron entre 30 años y 60 años con una media de 45 años aproximadamente. Todos ellos eran fumadores y poseían una historia de tabaquismo de 10 años como mínimo, consumiendo como mínimo diez cigarrillos y como máximo 60 cigarrillos al día. Todos ellos se presentaron voluntariamente a la Clínica, pagando por el tratamiento. El criterio que se asignó para la selección de sujetos fue que dichos sujetos concluyeran al tratamiento, - tanto el de corto plazo como el de largo plazo.

Para un análisis más detallado de las características generales de los sujetos puede referirse a la Tabla 1

Por ejemplo, en el grupo 1 y 2 encontramos que en los - sujetos sometidos al tratamiento a corto plazo, el promedio de edad de las mujeres fue de 45,9 y el de los hombres de 45,5 - En el estado civil encontramos que de las quince mujeres en -- tratamiento, cuatro de ellas eran divorciadas, una viuda, dos

solteras y ocho casadas. Por lo que toca a los hombres, cuatro eran divorciados, ocho casados y un soltero.

El promedio de estudios del grupo de mujeres es de 8,6 años y el promedio de estudios del grupo de hombres de 10,2. El nivel socioeconómico es de clase media en ambos grupos. Por lo que toca a la edad en que empezaron a fumar, el promedio del grupo de las mujeres es de 18,6 años y los hombres de 16,9 años. El promedio de cigarrillos fumados por las mujeres era de 25 cigarrillos al día y el de los hombres de 24,3 al día. Las mujeres tienen un promedio de grupo de 27 años de estar fumando y los hombres de 26,4 años.

Por lo que toca a los "Padres Fumadores", de las 15 mujeres siete de madre y padre dos nunca habían fumado, tres eran fumadores tanto de madre como de padre, de los otros tres, las madres únicamente fumaban, y de dos los sujetos, los padres fumaban. En el grupo de los hombres en tratamiento, no fuman ni madre ni padre de seis sujetos, la madre y el padre de dos de ellos fuman, tres de las madres de los sujetos fuman y cuatro de los padres de los sujetos fuman.

En los grupos 3 y 4 encontramos que en el tratamiento

a largo plazo el promedio de edad del grupo de las mujeres fue de 44.6 y el de los hombres de 44.4. En el estado civil encontramos cinco mujeres divorciadas y diez casadas. En tanto que en los hombres seis de ellos divorciados y nueve casados. El nivel socioeconómico de ambos grupos pertenece a una clase media. El promedio de estudios del grupo de mujeres es de 10.7 y en los hombres, de un 10.5 años de estudio. La edad promedio en que las mujeres empezaron a fumar es de 17.7 años y para los hombres de 16.3 años de edad. Las mujeres reportaron fumar diariamente un promedio de 30 cigarrillos diarios y los hombres un promedio diario de 25.6.

Por lo que toca a los "padres fumadores" de las 15 mujeres encontramos que en cuatro de ellas, tanto su madre como padre fuman, en cinco de ellos ninguno de los dos fuman, en dos de ellas solamente el padre fuma y en cuatro de ellas solamente la madre fuma. En los hombres se encontró que de 6 sujetos, la madre y padre no fuman, tres de los padres fuman, cuatro de las madres fuman y en dos de los sujetos, madre y padre fuman.

B) Escenario. -

El presente estudio se desarrolló en la "Clínica TAT",

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	15 SUJETOS MASCULINOS BAJO TRATAMIENTO A CORTO PLAZO.	15 SUJETOS FEMENINOS BAJO TRATAMIENTO A CORTO PLAZO	15 SUJETOS MASCULINOS BAJO TRATAMIENTO A LARGO PLAZO .	15 SUJETOS FEMENINOS BAJO TRATAMIENTO A LARGO PLAZO.
E D A D .	$\bar{X} = 45.5$ (RANGO: DE 32-58)	$\bar{X} = 45.9$ (RANGO: DE 36-55)	$\bar{X} = 44.4$ (RANGO: DE 28-60)	$\bar{X} = 44.6$ (RANGO: DE 30-57.)
ESTADO CIVIL .	1 SOLTERO_ 4 DIVORCIADOS_ 10 CASADOS_	1 VIUDA 4 DIVORCIADOS 2 SOLTERAS 8 CASADAS	6 DIVORCIADOS 8 CASADOS	5 DIVORCIADAS 10 CASADAS
AÑOS DE ESTUDIO .	$\bar{X} = 10.2$ (RANGO: DE 6-14)	$\bar{X} = 8.6$ (RANGO: DE 6-18)	$\bar{X} = 10.8$ (RANGO: DE 6-18)	$\bar{X} = 10.1$ (RANGO: DE 6-18)
NIVEL SOCIO-ECONOM.	5 ALTOS 10 MEDIOS	7 ALTOS_ 8 MEDIOS_	6 ALTOS 10 MEDIOS	4 ALTOS_ 11 MEDIOS_
EDAD A LA QUE EMPEZO A FUMAR .	$\bar{X} = 16.9$ (RANGO: DE 17-20)	$\bar{X} = 18.6$ (RANGO: 17-20)	$\bar{X} = 16.3$ (RANGO: DE 16-19)	$\bar{X} = 17.7$ (RANGO: DE 16-19)
No. DE CIGARRILLOS POR DIA .	$\bar{X} = 24.3$ (RANGO: DE 10-40)	$\bar{X} = 25$ (RANGO: DE 2-40)	$\bar{X} = 25.7$ (RANGO: DE 20-30)	$\bar{X} = 30$ (RANGO: DE 20-40)
AÑOS DE FUMAR.	$\bar{X} = 26.4$ (RANGO: DE 16-41)	$\bar{X} = 27$ (RANGO: DE 18-41)	$\bar{X} = 26.8$ (RANGO: DE 20-41)	$\bar{X} = 25.9$ (RANGO: DE 12-35)
PADRES FUMADORES	3 PADRES 4 PADRES 1 MADRE Y PADRE 5 NC -	3 MADRES 3 PADRES 3 PADRE Y MADRE 7 NC -	4 MADRES 3 PADRES 2 MADRE Y PADRE 6 NC -	4 NC MADRES 3 PADRES 2 PADRES Y MADRE 6 NC -

TABLA I CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES .

que está compuesta por una sala de espera, un consultorio, una sala de proyección, un cuarto para la terapia de relajación con un sillón reclinable, y dos cubículos para la terapia aversiva, - que están especialmente equipados con un potente extractor y ventilador de aire para poder eliminar el humo.

c) Materiales. -

Audifonos, que el fumador se coloca sobre los oídos y -- por los cuales percibe la señal auditiva molesta cada vez que se lo indica que fume. Aparatos que imparten el ruido que no exceden de 60 decibeles, cassettes de terapia de relajación, películas y transparencias y hojas de registro y control tanto para los sujetos como para el terapeuta.

d) Definición de Variables. -

Variable Independiente: Para el presente estudio la Variable Independiente estuvo compuesta por dos tipos de tratamiento: primer tratamiento a corto plazo con ocho semanas de duración, y que incluye terapia aversiva todos los días durante los cinco días de la primera semana, estableciendo también cambios de rutina en sus hábitos, por ejemplo: Si el fumador lo primero que hace en la mañana al despertarse, es tomar un cigarro, se le -- sugiere que en su lugar tome un jugo. La terapia aversiva que -

consiste en asociar el cigarro con algo desagradable (ruido molesto), que se aplica también en la segunda semana dos veces durante la semana, junto con la terapia de relajación: que consiste en tensionar los músculos más de lo que ya están y enseñarles a relajarlos completamente, después de esta indicación,

Posteriormente o sea, en la tercera semana se aplica una vez más la terapia aversiva y el sujeto expone sus experiencias incluyendo problemas personales o de trabajo y cómo logró la abstinencia del tabaquismo; en su defecto se le pide que explique las circunstancias que no propiciaron que dejaran de fumar. En la cuarta semana se une por primera vez a las sesiones de grupo una vez por semana hasta completar las 8 semanas,

El segundo tratamiento a largo plazo de 24 semanas de duración o sea de seis meses. Incluye exactamente el mismo procedimiento que el primer tratamiento a corto plazo con la diferencia de que se prolonga y donde los ex-fumadores se siguen reuniendo en sesiones grupales una vez por mes hasta -- completar las 16 semanas subsecuentes, ó sea los seis meses.

Variable Dependiente: Para el presente estudio la Variable Dependiente fue el número de sujetos que dejaron de -- fumar después de concluir el tratamiento al que fueron asigna-

dos, ya bien sea el tratamiento a corto plazo (8 semanas) o el tratamiento a largo plazo (24 semanas).

E) Diseño Experimental. -

Para el presente estudio se utilizó un diseño de grupos apareados, en donde las características de apareamiento fueron en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad, con una historia de 10 años de tabaquismo como mínimo y un máximo de 60 cigarrillos fumados por día, siendo la N = 60 sujetos distribuidos de la siguiente manera:

- 1) 15 hombres en tratamiento a corto plazo.
- 2) 15 mujeres en tratamiento a corto plazo.
- 3) 15 hombres de tratamiento a largo plazo.
- 4) 15 mujeres en tratamiento a largo plazo.

Procedimiento:

A continuación se describirá la secuencia del tratamiento con los tiempos establecidos para cada una de las etapas. - El fumador se presenta por primera vez a la Clínica para obtener informes sobre el tratamiento y para expresar su problemática con respecto al cigarro. Decide tomar el tratamiento y se le explica con todo cuidado el programa, su duración, costo, etc. Se le entrega un cuestionario que deberá llenar en su

casa, así como una tarjeta en la que deberá anotar todos y cada uno de los cigarrillos que fume, las horas en que los haya fumado y en qué situaciones considera que fuma más. Se le pide también que un día de la semana, antes del inicio del tratamiento, debe traer a su familia a la Clínica, con el fin de conversar con ellos y obtener su apoyo para el tratamiento que va a iniciar, así como para mostrarles transparencias del daño que el tabaquismo ocasiona. Los familiares pueden tener idea del daño que hace, pero el fin es el de concretarlo más.

Primera semana e inicio del tratamiento. - La duración es de dos horas y las sesiones son diarias e individuales durante esta primera semana. Es importante recalcar que los sujetos deben sentir al psicólogo cálido e interesado en su problemática. En la mayoría de los casos, el sujeto llega con mucha angustia. El psicólogo debe tranquilizarlo y permitir que se desahogue; inmediatamente después, se procedió a la revisión del cuestionario sobre sus datos personales e información sobre su tabaquismo (Ver apéndice I), así como a la revisión de la tarjeta que se le entregó.

La entrevista que procede nos aporta datos importantes sobre su vida personal, así como sobre sus relaciones interpersonales. La entrevista es de tipo confidencial y así se le hace

saber al sujeto,

Inmediatamente después se le entrega una hoja donde el fumador anota con qué dificultades cree que se enfrentará para poder dejar de fumar y cómo piensa que las va a manejar, -- además de una hoja donde se le indica en qué va a consistir -- su alimentación: queso, huevo, carne, pescado, pollo, ensalada, frutas y mucha agua, se le explica que ésto es con el propósito de eliminar nicotina y que las protefmas le ayudan a disminuir el deseo de fumar. También se le informa que no debe tomar café o bebidas alcohólicas dado que normalmente el cigarro es asociado con ellas, además de que la cafeína insta a fumar.

Se le entrega una hoja para llenar en su casa, donde deberá anotar los cambios de rutina en los hábitos asociados al -- tabaquismo. Se le explica lo que es un hábito y la rutina de los mismos, asociados al tabaquismo.

Se procedió después a entrar al cubículo correspondiente para la terapia averensiva, que tiene una duración de 15 a 20 minutos.

Antes de la aplicación de este método se le explica claramente lo que se va a hacer, para así bajar la ansiedad del -

fumador. En esencia, se les dice que los cigarrillos se deseaban y que el fumar gusta por condicionamiento: el prender el cigarrillo, el jugar con él, el olor del humo, el fumar con el café o tomar la copa con él, el usarlo en momentos de tensión, el fumar para relajarse al hablar, escuchar música, leer, ver televisión, han hecho que por asociación, el cigarrillo y el fumar - cigarrillos sea muy placentero.

Se les dice que tienen que hacer este mismo proceso pero al revés, el asociar cigarrillos y el fumar con la aversión. Se les explica que así como el fumar se había vuelto placentero por asociarse con cosas y actividades placenteras, ahora se hará - que sea desagradable.

Mientras el fumador se encontraba fumando en el cubículo el psicólogo le hace notar ciertas reacciones negativas, pidiéndole describa lo que estaba sintiendo, esto con el propósito de facilitar el condicionamiento, haciéndolo más efectivo al subrayarle al sujeto la conexión entre el fumar y la experiencia -- aversiva.

Las instrucciones que se le dan son las siguientes:

"Póngase estos audífonos y por ellos percibirá un ruido -

cada vez que fume".

"Por favor, prenda su cigarro, pero no le vaya a dar el golpe (inhalar) solamente chúpelo. Ahora, inhale (pausa de 6 segundos), inhale otra vez (pausa de 6 segundos), inhale otra vez (pausa de 6 segundos). Cuando se sienta realmente molesto, por favor apague el cigarro".

Es aquí cuando se prende el extractor para después poner el ventilador de aire.

"No queremos que se vaya a sentir mal." Se le repite que por favor apague el cigarro cuando sienta que le es desagradable. "Bueno, ahora fume nuevamente sin inhalar (sin dar el -- golpe) hasta que se le indique. Apague el cigarro si le molesta". Al apagar el fumador su cigarro el psicólogo lo refuerza verbalmente, ej.: "Muy bien, Sr. Sánchez, sabe horrible, verdad?" Se le pide nuevamente que describa su reacción aversiva al fumar. Después de esta interacción se le pregunta nuevamente si toleraría otro cigarro con inhalaciones rápidas, chupadas o la combinación de ambas.

Al terminar la terapia aversiva se procede a entregarle una Hoja Tarea donde deben anotar cada vez que sientan deseos

de fumar; en qué lugar, en qué situación, qué pensaron y qué hicieron al respecto, anotar también las diferentes horas en que surgió el deseo.

Durante la Segunda Semana se requiere que los sujetos vengan dos veces por semana, siendo las sesiones individuales y su duración de una hora cada sesión.

Se procede a revisar el cambio de rutina de los hábitos y a dar sugerencias si el caso lo requiere, por ejemplo: El Sr. Sánchez nos dice que se le antojó mucho el cigarro después de la comida, puesto que era uno de los cigarros que más disfrutaba y no supo qué hacer. Se le recomienda, entonces, que se levante de la mesa.

En esta sesión se revisa también la hoja tarea y con ella el psicólogo puede hacerle ver al fumador cuáles son los momentos en que más fuma y porqué y ayudarle a manejar estas situaciones sustituyéndolas por otras conductas. Se pasa al sujeto al cubículo correspondiente para la terapia aversiva. Al finalizar la terapia aversiva, se le pasa un cuarto para la terapia de Relajación (15 minutos). El cuarto está obscuro y con luces muy tenues. Las instrucciones que se le dan son -

las siguientes:

"Siéntese por favor en el sillón, desabróchese lo que -- sienta que le aprieta". Se conversa un poco para bajar la ansiedad que implica lo desconocido y se le explica lo que es la terapia de relajación: la terapia consiste en tensar los músculos más de lo que ya están y a relajarlos inmediatamente; de esta forma sentirá usted el contraste entre la tensión y relajación.

En voz baja y pausada: "Vamos a empezar, apriete el puño de su mano derecha, más... más... ahora relájelo, suéltelo por completo... Ahora vamos a hacer lo mismo con la mano izquierda. Apriete el puño de su mano izquierda lo más que pueda, más... más... ahora relájelo, suéltelo por completo".

Esta terapia se inicia desde fruncir el ceño lo más que pueda y relajarlo hasta llegar a estirar la punta de los pies lo más posible y relajarlos también.

Se les explicó que esta terapia la deben llevar a cabo una vez por día como mínimo y dos como máximo con un intervalo de dos horas entre una y otra vez. Que pueden hacer uso de

ella en momentos tensos y/o para cuando tengan muchos deseos de fumar.

Se les entrega un cassette grabado con la terapia de relajación "Tensión-Relajación" que además tiene todas las indicaciones necesarias para que la persona realice esta terapia correctamente en orden y con disciplina. Antes de que el sujeto se retire se les da una hoja para anotar los cambios de rutina de hábitos asociados al tabaquismo y la Hoja Tarea.

En la Tercera Semana se ve al sujeto una sola vez, la duración es de una hora y se le ve en forma individual. Se pasa primeramente a hacer la revisión del cambio de rutina en los hábitos, haciendo las indicaciones pertinentes, para pasar después a revisar la Hoja Tarea, haciéndole notar al sujeto -- que el deseo ha disminuído, comparado con el deseo de la primera semana. El ex-fumador expone sus experiencias incluyendo problemas personales o de trabajo y cómo manejó estas situaciones sin fumar o en su defecto lo contrario, para después pasar al cubículo correspondiente para la Terapia Aversiva.

De la Cuarta a la Octava Semana, las sesiones se llevan a cabo una vez por semana, siendo su duración de una hora. Es aquí cuando el ex-fumador se une por primera vez a un grupo

que también ha dejado de fumar. Las sesiones de grupo tienen como objetivo que los ex-fumadores hablan de sus experiencias con respecto al tabaquismo y al haber dejado de fumar, y el darse apoyo mutuo, así como reforzar el éxito obtenido o para ayudar a aquellos que no han podido dejar de fumar.

Se exhiben algunas veces películas sobre los efectos del cigarro en los diferentes órganos del cuerpo, sobre el organismo en general y cómo funciona y con ello los sujetos se percatan más de cómo interrumpe el organismo su ritmo al verse invadido por el alquitrán, nicotina, etc. Se habla de los beneficios que trae consigo el haber dejado de fumar, así como: mejora la circulación, mayor rendimiento en el trabajo, se respira mejor y por consiguiente, se puede caminar más, subir escaleras y poder practicar su deporte favorito sin sofocarse, etc. Se lee, se exhiben películas sobre nutrición y control de peso.

De la octava semana a la veinticuatrava, se reúnen una vez por mes y la duración es de una hora, las sesiones son grupales. Como reforzamiento se continúa alentando a los enfermos con pláticas, sin dejar de mencionar el daño del tabaco, gratificándolo con casos. Los ex-fumadores también exponen sus experiencias y logros. La exhibición de películas y transparencias, son también parte de estas sesiones grupales.

Para fines de obtener un índice acerca de la efectividad de los tratamientos después de 6 meses de haber sido dados de alta los sujetos, se llevó a cabo un seguimiento por entrevistas, algunas fueron domiciliarias y otras hechas en la clínica.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Para el análisis de resultados se tomaron en cuenta los datos de todos los sujetos después de un seguimiento de 6 meses una vez que fueron dados de alta. Al hacer un análisis descriptivo, de estos resultados, se puede observar que de los sujetos que estuvieron en el tratamiento a corto plazo de los 15 hombres que intervinieron en el estudio (Grupo 1) 9 dejaron de fumar; lo que representa el 60% de efectividad del tratamiento a corto plazo; y de las 15 mujeres (Grupo 2) 6 dejaron de fumar, lo que representa el 40% de efectividad del tratamiento a corto plazo. En tanto, que para el tratamiento a largo plazo de los 15 hombres que intervinieron en el estudio (Grupo 3), 12 dejaron de fumar, lo que representa el 80% de efectividad en el tratamiento a largo plazo y de las 15 mujeres (Grupo 4), 9 dejaron de fumar, lo que representa el 60% de efectividad del tratamiento a largo plazo. (Ver Figura 1).

En la Figura 2, se representan los datos gráficamente, y como puede observarse, de los 15 hombres que participaron en el tratamiento a corto plazo, 9 dejaron de fumar, lo que representa el 60%. Los 6 fumadores hombres que no dejaron de fumar, 4 de ellos reportaron haber tenido problemas de trabajo,

RESULTADOS

y los otros 2 sujetos consideraron que el tratamiento había sido demasiado corto y a eso adjudicaban su reincidencia. En la actualidad estos 6 sujetos fuman un promedio de 20 cigarrillos. -- De las quince mujeres que participaron en el tratamiento a corto plazo, 6 dejaron de fumar, lo que representa el 40% y 9 reincidieron, informándonos estas últimas que habían vuelto a fumar, porque definitivamente les gustaba mucho y porque se sentían -- más nerviosas sin el cigarro.

En cuanto al tratamiento a largo plazo, los datos se muestran gráficamente en la Figura 3, en la cual de los 15 hombres - que participaron en el tratamiento a largo plazo, 12 dejaron de fumar, lo que representa el 80% y 3 reincidieron. Uno de ellos contundentemente nos contestó que nunca dejaría de fumar y los otros 2 fumadores, nos comentaron haber reincidido por haber -- tenido problemas de trabajo. De las 15 mujeres que participaron en el tratamiento a largo plazo, 9 dejaron de fumar, lo que representa el 60%. Las 4 mujeres que no dejaron de fumar, dijeron que fue por tener demasiadas reuniones sociales, donde el tabaco se antojaba mucho, otra de ellas creyó que el tomar un - solo cigarro no volvería a fumar otro, y una última por proble-- mas familiares.

Al tomar a los sujetos bajo la categoría de tratamiento a corto plazo y de tratamiento a largo plazo, sin importar el sexo, se encontró que el tratamiento a corto plazo reporta una efectividad del 50%, en tanto que el tratamiento a largo plazo reporta una efectividad del 70% (Ver Fig. 4).

Por otro lado, debido al tipo de datos que arrojó este estudio, se realizó una prueba estadística no paramétrica de tipo χ^2 (CHI²), utilizando la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

A través de la aplicación de esta prueba con los datos obtenidos, se encontró que el valor de la χ^2 fue igual a 16,91 lo que significa que existe una diferencia estadísticamente significativa más allá del .01 entre el tratamiento a corto plazo y el tratamiento a largo plazo.

Un aspecto interesante que se observó es que las mujeres tienen menos éxito para dejar de fumar, independientemente del tipo de tratamiento, lo cual motiva a seguir investigando este aspecto, con el fin de esclarecer aquellos determinantes o variables, que influyan a este respecto.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	TRATAMIENTO CORTO PLAZO		TRATAMIENTO LARGO PLAZO.	
No. DE SUJETOS QUE DEJARON DE FUMAR.	9	6	12	9
No. DE SUJETOS QUE NO DEJARON DE FUMAR.	6	9	3	6
% DE SUJETOS QUE DEJARON DE FUMAR	60 %	40 %	80 %	60 %

FIG. 1 NUMERO DE SUJETOS QUE DEJARON DE FUMAR EN LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES Y EL PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD PARA CADA TIPO DE TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO A CORTO PLAZO .

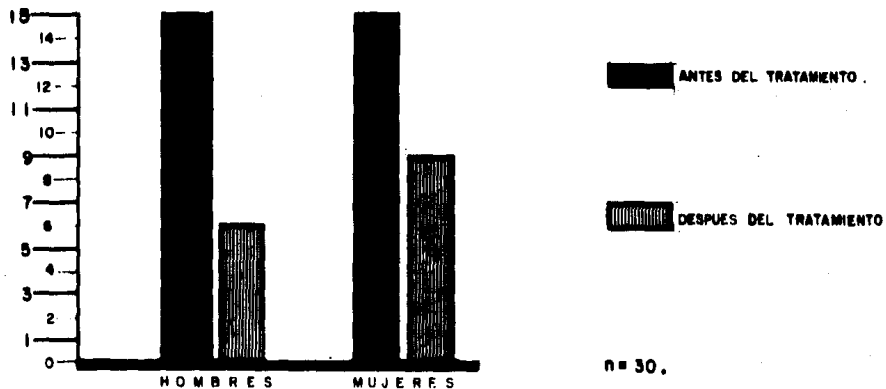


FIG.2

NUMERO DE SUJETOS QUE FUMABAN ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO A CORTO PLAZO .

TRATAMIENTO A LARGO PLAZO .

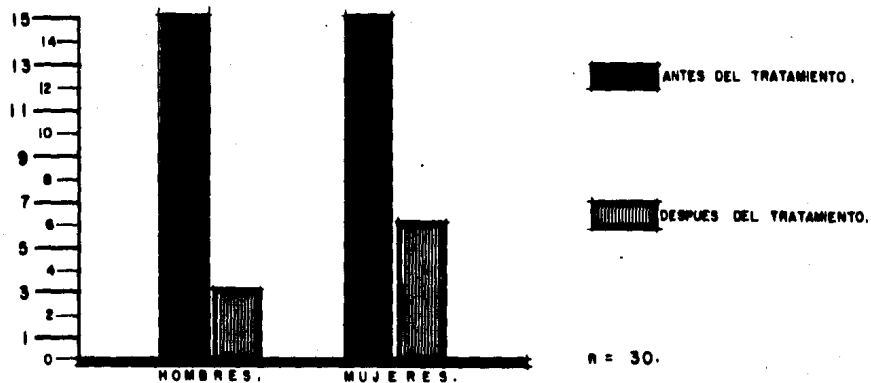


FIG. 3 NUMERO DE SUJETOS QUE FUMABAN ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO .



FIG. 4 PORCENTAJE DE SUJETOS QUE DEJARON DE FUMAR DESPUES DEL TRATAMIENTO AL QUE FUERON ASIGNADOS.

D I S C U S S I O N

Al hacer una revisión acerca de los tratamientos más -- efectivos que existen en esta área se encontraron que aquellos - que descansan en la modificación de conducta muestran un grado mayor de efectividad. Por esta razón se decidió tomar para el presente estudio, las técnicas basadas en esta aproximación, en lugar de otras que han demostrado ser menos afectivas.

En muchos casos es tan apremiante ayudar a un fumador a dejar de fumar, que se trata de usar métodos rápidos como - lo son la terapia aversiva, la modificación de conducta, el acondicionamiento en general para suprimir tal síntoma. Si esperá-- semos reducir el síntoma mediante el tratamiento psicoanalítico, éste tomaría demasiado tiempo y ello no implicaría que tal sín-- toma se redujera o desapareciera en forma eficaz, como tam-- po se garantiza la desaparición del síntoma "fumar" en tratamien-- tos de terapia aversiva, pero dadas las investigaciones sí se ha podido ayudar en forma más rápida.

De acuerdo a la teoría psicoanalítica los factores psico-- lógicos nos hablan de que en el fumador existen urgencias de - tipo "oral" que son sustituciones a necesidades frustradas en - los primeros años de vida, como por ejemplo chupar. Según - algunas investigaciones, al no cubrirse estas necesidades surge una sensación inconsciente de vacío, un sentirse incompleto y -

por lo tanto, la necesidad de la persona de llenarse de "cosas" (11). Se considera, por lo tanto, importante, hacer el inicio del tratamiento entrevistas más profundas, con más valoración psicológica para determinar si el sujeto es apto para dejar de fumar.

Como hipótesis se podría mencionar que aquellos sujetos cuyas fijaciones tempranas son intensas, que impliquen un yo débil, debe orientárseles a una psicoterapia, ya que en muchos casos, la desaparición de un síntoma puede ocasionar la aparición de otro síntoma peor, por ejemplo, si no se estudia con todo cuidado las causas dinámicas de la obesidad y se somete al paciente a una dieta rigurosa, es muy probable que el sujeto adelgace, pero también puede desarrollarse posteriormente una psicosis.

Creo que una terapia mixta, compuesta por una psicoterapia profunda e intensiva y después la terapia para la extinción del síntoma "fumar" sería conveniente, por ejemplo: Un fumador con un serio enfisema, donde el susto de la enfermedad no le fuera suficiente, requeriría de este tipo de terapia mixta.

Se considera que el porcentaje de éxito que se obtuvo en el tratamiento a corto plazo, es debido a que el básico programa

que estuvo bien estructurado, pero que sin embargo, requiere de más reforzamiento, para reportar mejores resultados, como los que se obtuvieron en el programa a largo plazo. Las sesiones individuales que se llevan a cabo en las tres primeras semanas del tratamiento son de suma importancia para que el fumador se sienta apoyado en su "problema" para dejar de fumar y para tener la oportunidad de hablar sobre situaciones familiares, de trabajo y de sus relaciones interpersonales en general; pero también vemos la necesidad de las sesiones grupales que completan el tratamiento a largo plazo, para que el sujeto encuentre mayor reforzamiento con el apoyo del grupo y para consolidar en forma más efectiva el no continuar fumando.

En el seguimiento que se hizo seis meses después de haber terminado el tratamiento a corto y largo plazo, se encontró que en el tratamiento a corto plazo de los 15 hombres que intervinieron en el estudio, nueve dejaron de fumar, los otros seis que no dejaron de fumar, cuatro reportaron haber reincidido por haber tenido muchas tensiones y problemas en el trabajo, y los otros dos consideraron que el tratamiento había sido corto.

En la actualidad fuman un promedio de 20 cigarrillos diarios. De las 15 mujeres que intervinieron en el estudio, 6 dejas-

ron de fumar y 9 reincidieron, informándonos estas últimas, que les gustaba fumar y que si no lo hacían se ponían nerviosas. - En tanto que en el tratamiento a largo plazo, en donde intervinieron 15 hombres, 12 dejaron de fumar y los 3 que reincidieron, uno de ellos mencionó querer dejarlo nunca y los otros 2 por problemas de trabajo. En las mujeres que intervinieron, 9 dejaron de fumar, y las seis restantes que no dejaron de fumar, mencionan que fue debido a reuniones sociales, donde la tentación para fumar es muy grande, una de ellas mencionó que creyó que el tomar un solo cigarrillo no la haría continuar fumando, y otra por problemas familiares y por nervios. En la actualidad, fuman un promedio de 20 cigarrillos.

Un aspecto interesante que se observó en este estudio, fue el que las mujeres tienen menos éxito para dejar de fumar independientemente del tipo de tratamiento, lo cual motiva a seguir investigando este aspecto con el fin de esclarecer aquellos determinantes ó variables que influyen a este respecto. Se encontró también que las mujeres empiezan a fumar más tarde que los hombres. Podríamos inferir que dado que el promedio de edad en ambos tratamientos es de 45 años, y que en la época en que empezaron a fumar en México no existía aún la "Libertad

para que las mujeres pudieran fumar a diferencia de esta "liber-
tad' que actualmente ya existe. Cabe mencionar que tanto en el
tratamiento a corto plazo como en el tratamiento a largo plazo,
los 60 sujetos empezaron a fumar en la adolescencia. Por con-
siguiente, sería interesante investigar a aquellos fumadores que
empezaron a fumar en edad adulta, y comparar la efectividad de
sus tratamientos.

Las edades de los sujetos de este estudio, variaron entre
30 y 60 años. Otra importante variable a investigar, sería, por
qué no se presentaron a tratamiento menores de 30 años, lo --
cual podría ser debido a que los programas de prevención en ge-
neral y en particular el relacionado con tabaquismo en nuestro -
país no tiene la frecuencia y consistencia que se requiere y no -
se logra que el individuo pueda consolidar el daño que hace el -
tabaco, sino hasta que orgánicamente y años después lo emple--
zan a sentir, es entonces cuando desean dejar de fumar y recu-
rren a pedir apoyo para el control de ese hábito. Por otra par-
te, cabría hacer una investigación en grupos de jóvenes que tie-
nen poco tiempo de haber empezado a fumar y comprar los re--
sultados de efectividad con estos tipos de tratamiento.

En cuanto al promedio de años de estudio, los sujetos ba-
jo tratamiento a corto plazo, cuenta con menor años de estudio

(9.4) que los sujetos bajo tratamiento a largo plazo (10.3), independientemente del sexo, Otra variable interesante a investigar, sería si la educación tiene alguna influencia para eliminar el hábito de "fumar". Podremos inferir que sí tiene cierta influencia, debido a que las personas con mayor educación tienen más conciencia de salud que aquellos que tienen menos -- años de estudio.

Por lo que toca al estado civil, no se encuentran diferencias significativas, en tre los sujetos de los 4 grupos, tanto en el tratamiento a corto plazo, como en el tratamiento a largo - plazo. El nivel socioeconómico de los 4 grupos cae dentro de la categoría de medio-alto, no existiendo diferencias significativas entre ellos.

El promedio de grupo de años de haber fumado fué de 26 aproximadamente. Esta variable puede ser importante para los resultados obtenidos, pues se puede inferir, como generalidad, que entre más años se tengan de fumar, más difícil controlar el tabaquismo. Hubo individuos que tienen 30 y 40 años de fumar, por lo que está tan arraigado el hábito del tabaquismo.

Por lo que toca a los padres fumadores de estos sujetos, algunos de ellos no fuman, otros tienen madre y padre que fu--

man, otros el padre ó la madre, más no se encuentran diferencias significativas. Es importante que este tipo de tratamientos lo lleven a cabo psicólogos, ya que están más preparados para entender a los sujetos y su problemática, y para manejar las técnicas adecuadamente. Se reconoce que la Clínica "TAT" no se abarca a un gran número de pacientes, por poner su énfasis en sesiones individuales, pero por otro lado, sí ofrece resultados satisfactorios.

Se observó que todos y cada uno de los fumadores que se presenta por primera vez a pedir ayuda para el control de su tabaquismo, presentaron una ansiedad muy alta al entrevistárseles, por lo que resultó importante hacer que ésta bajara, permitiéndoles hablar y mostrándose interesados en lo que el sujeto tuviera que decir, como conclusión, se considera muy importante que el psicólogo que los atienda sea cálido, ya que es una de las bases fundamentales para ayudar al fumador. Encontramos que la terapia de relajación que se les pidió llevaran a cabo en su casa, casi ninguno de los ex-fumadores la hizo por "faltarles tiempo", por lo que se ha optado después de este estudio, llevarla a cabo en la clínica, agregando sesiones extras a cada tratamiento.

En términos de efectividad, los modelos de tratamiento -

que arrojan resultados similares a los obtenidos en este estudio (50% del Tratamiento del corto plazo y de un 70% en el tratamiento a largo plazo), son los de la Kaiser Permanent Mental Health que tiene una duración de 6 meses y que indica que el porcentaje de éxito varió entre un 51% a un 50%. Smokenders, afirma que han conseguido un éxito de 89%; este método fue evaluado por Kenzler Jaffe y Zeldenberg, quienes informaron que salieron 385 graduados con éxito de las 553 personas que asistieron al método de los Smokenders, pero los informes fueron proporcionados realmente por solo 167 personas (101 por correo y 66 por teléfono), debe señalarse que si la evaluación de los Smokenders hubiera incluido a todos los participantes, el porcentaje de éxito hubiera sido en un 27%. Por lo que concierne a los Schick Centers reportaron un éxito de un 57% global.

Algunas firmas comerciales aseguran conseguir un 90% de éxito. Sin embargo sería importante que estos programas sean evaluados para que el público sepa qué esperar de estos métodos comerciales. Si esta evaluación resultara factible, conduciría a la elaboración de estudios para determinar el porcentaje de valor y éxito de algunos programas comerciales más amplios.

Se encontró que una de las ventajas y el buen resultado que

en ambos tratamientos se obtuvieron, se debió también en gran parte, en que cada entrevista con los fumadores, era en forma individual, y que el seguimiento de sus dificultades para dejar de fumar también se hizo en forma individual, dado que muchos casos los pacientes no quieren hablar en forma pública de sus problemas; después de estas intervenciones individuales, aunque breves, están listos para sus sesiones grupales donde hablan en forma superficial del manejo que han hecho para dejar de fumar.

Las campañas contra el tabaquismo se inician en nuestro país, pero el impacto que tienen es poco, debieran ser a nivel nacional y su difusión constante, incluyendo primeramente escuelas. Por otro lado, los comerciales de la televisión, así como los anuncios en general, debieran eliminarse tal y como lo hacen en otros países. Al público televidente debería dárseles fuertes mensajes con frecuencia, sobre el daño que hace fumar, esto ayudaría enormemente a disminuir la proliferación de ese hábito que ha sido motivo de preocupación en general.

En México, hay pocas clínicas en las que se ayude a las personas a dejar de fumar, por lo que se sabe muy poco sobre la validez que pudieran tener éstas en nuestro país.

Creemos que los resultados que se adquirieron con el tra-

tamiento a largo plazo pueden ser aportaciones útiles para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Azrin, N.H. y Powell, J. "The reduction of smoking behavior by a conditioning apparatus and procedure". Journal of Applied Behavior Analysis, 1968, 1, 193-200.
- (2) Berez, J. "Modification of smoking behavior through self-administered punishment of imagined behavior: A new approach to aversion therapy". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972 (a) 38, 244-250.
- (3) Berez, J. "Reduction of cigarette smoking through self-administered aversive conditioning: A new treatment model with implications for public health". Social Science and Medicine, 1972 (b) 6, 57-66.
- (4) Bernard, H. S. y Efran, J. S. "Eliminating versus reducing smoking using pocket timers". Behavior Research and Therapy, 1972, 10, 399-401.
- (5) Chapmen, R. F. Smith, J. W. y Layden, T. A. "Eliminating of cigarette smoking by punishment and self-management training". Behavior Research and Therapy, 1971, 9, 255-264.
- (6) Elliot, R. y Tighe, T. "Breaking the cigarette habit: Effects of a technique involving threatened loss of money". Psychological Record, 1968, 18, 503-513.
- (7) Gendreau, P. E. y Ddwel, P. C. "An aversive treatment for addicted cigarette smokers". Canadian Psychologist, 1968, 9, 28-34.
- (8) Gerson, P. y Lanyon, R. I. "Modification of smoking behavior with an aversion-desensitization procedure." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 38, 399-402.
- (9) Grimaldi, K. E. y Lichtenstein, E. "Hot, smoky air an aversive stimulus in the treatment of smoking." Behavior Research and Therapy, 1969, 7, 275-282.
- (10) Harris, M. B. y Rothberg, C. "A self-control approach to reducing smoking." Psychological Reports, 1972, 31, 165-166.

- (11) Jacobs, Martin y Anderson, Luleen. "Orality, Impulsivity in the Habit of Smoking". Journal of Nervous and Mental Disease.
- (12) Janis, L.L. y Mann, L. "Effectiveness of emotional role-playing in modifying habits and attitudes". Journal of Experimental Research in Personality, 1965, 1, 84-90.
- (13) Lawson, D.M. y May, R.B. "Three procedures for the extinction of smoking behavior." Psychological Record, 1970, 20, 151-157.
- (14) Levinson, B. L., Shapiro, D., Schwartz, G.E. y Tursky, B. "Smoking elimination by gradual reduction". Behavior Therapy. 1971. 2. 477-487.
- (15) Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M. y Schmahl, D.P. "Comparison of rapid smoking, warm smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 92-98.
- (16) Lara Cantu, A. "Programa Conductual para el manejo del tabaquismo". I Reunión sobre Investigación y Enseñanza, 1982, 93-101.
- (17) Lichtenstein, E., Keutzer, C.S. y Himes, K.H. "Emotional" role-playing and changes smoking attitudes and behavior. Psychological Reports, 1969, 25, 379-387.
- (18) McFall, R. M. y Hemmen, C.L. "Motivation structure and self-monitoring: The role of nospecific in smoking reduction." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 37, 80-86.
- (19) Marrone, R. L., Merksamer, M. A. y Salzberg, P. M. "A short duration group treatment of smoking behavior by stimulus saturation." Behavior Research and Therapy, 1970, 8, 347-352.
- (20) Marston, A.R. y McFall, R.M. "Comparison of behavior modification approaches to smoking reduction". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36, 153-162.

- (21) Miller, A. y Gimpl, M. "Operant conditioning and self-control of smoking and studing". Journal of Genetic Psychology. 1971, 119, 181-186.
- (22) Ober, D.C. "Modification f smoking behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1968, 32, 543-549.
- (23) Resnick, J. H. "Effects of stimulus satiation on the overlearned maladaptive response f cigarette smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, 32, 501-505.
- (24) Roberts, A. H. "Self-control procedures in modification of smoking Behavior: Replication". Psychological Reports, 1969, 24, 675-676.
- (25) Sachs, L. B., Bean, H. y Morrow, J. E. "Comparison of smoking treatments". Behavior Therapy, 1970, 1, 465-472.
- (26) Schmahl, D. P., Lichtenstein, E. y Harris, D. E. "Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 38, 105-111.
- (27) Schwartz, J. L. "Smoking Education and Cessation Programs". Department of Health, Education and Welfare, 1977.
- (28) Shapiro, D., Tursky, B., Schwartz, G. E. y Schnidman, S. R. "Smoking on cue: A behavioral approach to smoking reduction". Journal of Health and Social Behavior, 1971, 12, 108-115.
- (29) Steffy, R. A., Meichenbaum, D. y Best, J. A. "Aversive and cognitive factors in the modification of smoking behavior". Behavior Research and Therapy, 1970, 8, 115-125.
- (30) Sushinsky, L. W. "Expectation of future treatment stimulus satiation, and smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972.
- (31) Tongas P. N.: The Control of Smoking Symposium of Behavior Therapy in Psychiatry. Psychiatric Clinics of North America, 1978.

- (32) Terry, L. Fumar o no fumar. Ed. Cantábrica, 1969.
- (33) Wagner, M. K. y Bragg, R. A. "Comparing behavior modification approaches to habit decrement- smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, 34, 258-263.
- (34) Whitman, T. L. "Modification of chronic smoking behavior: A comparison of three approaches". Behavior Research and Therapy, 1969, 7, 257-263.
- (35) Whitman, T. L. "Aversive control of smoking behavior in a group context". Behavior Research Therapy, 1972, 10, 97-104.
- (36) Winett, R. A. "Parameters of deposit contracts in the modification of smoking". Psychological Record, 1973, 23, 40-60.
- (37) Yates, Aubray J. Teoría y Práctica de la Terapia Conductual. México, D. F., Ed. Trillas, 1979, pp. 129-146.

APENDICE

APENDICE 1. - Cuestionario.

Nombre

Dirección

Teléfono

Edad

Estado Civil

Estudios - Años Primaria Secun. Prepa. Facultad Otros

¿A que edad empezó a fumar?

¿Cuántos años lleva tomando?

¿Cuántos cigarros fuma al día? Mínimo Máximo

¿Sus padres fuman?

¿Por qué empezó a fumar?

¿En qué situación fuma más?

Hay periodos cuando el fumador fuma menos, anota cuándo y dónde:

¿Por qué cree que fuma?

¿Cree usted que tendrá mucho problema para dejar de fumar?

¿Por qué?

¿Tiene problemas para controlar su peso?

Observaciones: