

21/41

U N A M

FACULTAD DE PSICOLOGIA

REVISION HISTORICA DE TECNICAS TERAPEUTICAS
PARA LA ELIMINACION DEL TABAQUISMO

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de

LIC. EN PSICOLOGIA

PRESENTA

Lila Yolanda Escayola Garduza

Asesor:

Mto. Jorge Molina Avilés

México, D. F.

1988

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES DEL TABAQUISMO
 - 2.1 Uso del tabaco en la época prehispanica
 - 2.2 Procedencia del nombre
 - 2.3 El tabaco y la conquista
 - 2.4 El tabaco en el mundo
- III ASPECTOS MEDICOS
 - 3.1 Repercusiones en la salud
 - 3.2 Componentes del cigarrillo
 - 3.4 Síndrome de abstinencia
 - 3.5 Tabaquismo involuntario y contaminación ambiental
- IV ASPECTOS PSICOLOGICOS
 - 4.1 Tabaquismo psicosocial
 - 4.2 Personalidad del fumador
- V ASPECTOS SOCIALES
 - 5.1 Economía
 - 5.2 Publicidad
 - 5.3 Legislación
 - 5.4 Prevención
 - 5.5 Medidas de control

VI ANALISIS DE METODOS Y TECNICAS

6.1 Técnicas para disminuir la adicción fisiológica

- a) Medicamentos
- b) Sustitutos de la nicotina

6.2 Técnicas para disminuir la adicción psicológica

6.2.1 Técnicas Conductuales

- a) Métodos aversivos
- b) Autocontrol
- c) Autorregistro y Automonitoreo
- d) Reestructuración Cognoscitiva

6.2.2 Procedimientos Diversos

- a) Hipnosis
- b) Acupuntura
- c) Relajación
- d) Suspensión abrupta o gradual
- e) Psicoterapia y Dinámica de grupo
- f) Medios masivos
- g) Métodos de autoayuda
- h) Discusión y Consejo

6.2.3 Clínicas especializadas

VII TABAQUISMO ACTUAL EN MEXICO

VIII CONCLUSIONES

IX BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

Aunque cada vez se conocen con más detalle los mecanismos por los que el consumo de cigarrillos provoca enfermedades y se ha logrado persuadir a muchos fumadores a dejar de fumar y disuadir a otras tantas personas de - que contraigan el hábito, el tabaco sigue constituyendo una amenaza para la salud pública tan grave como siempre.

La situación actual se debe, en parte, al conocimiento imperfecto de los factores de comportamiento que impulsan a los individuos a fumar, en especial a los jóvenes, y que impiden a los fumadores a renunciar al tabaco.

Muchos institutos de investigación han pasado años estudiando el problema sin obtener más que éxitos limitados. No es sino durante las dos últimas décadas que se han diseñado programas de investigación para desarrollar métodos efectivos para eliminar la conducta de fumar. Como consecuencia de esto, se cuenta actualmente con diversas técnicas que pueden utilizarse en una amplia gama de situaciones, ya sea individual o colectivamente. No obstante, que existen otros usos del tabaco, estas técnicas se enfocan principalmente a la conducta de fumar cigarrillos.

Por otra parte, mi inquietud por realizar este trabajo deriva de mi experiencia personal al convertirme en exfumadora a través de un programa de tabaquismo. Ade-

más de que como profesional de la salud, parte de mi función consiste en conocer a fondo problemas sociales de esta índole que presenta implicaciones psicológicas tan complejas, ya que las investigaciones recientes han evidenciado la necesidad de que la psicología intervenga en el estudio de los elementos del comportamiento que están involucrados en la conducta de fumar.

El objetivo principal de este trabajo es el de realizar una revisión histórica de las diversas técnicas y métodos que se han desarrollado, a fin de conocer sus ventajas y limitaciones. Para tal efecto se ha estructurado el trabajo de la siguiente manera: Se establecen de manera general los antecedentes del tabaquismo para conocer las etapas de transformación que el tabaco ha tenido a través del tiempo. Las repercusiones en la salud son tratadas en los aspectos médicos. Las complejas razones por las cuales las personas desean fumar y por qué encuentran difícil dejar de hacerlo, se pretenden explicar en los aspectos psicológicos. Los diversos factores de orden económico, político y social que influyen en la prevalencia del consumo del tabaco, se presentan en el capítulo de aspectos sociales. En el capítulo de métodos y técnicas se describe una clasificación de los más representativos, presentando sus características generales, y clasificándolos de acuerdo a su dependencia fisi-

ca o psicológica. También se presenta lo que se realiza actualmente en México a nivel privado e institucional para combatir el tabaquismo. Finalmente en las conclusiones se presentan una serie de conceptos que concluyen de manera global lo tratado en este trabajo.

II ANTECEDENTES DEL TABAQUISMO

Originaria de América la planta del tabaco era ya conocida por los toltecas, aztecas, tarascos y mayas, en tre otras culturas, durante los siglos IX y XII. La primera ilustración del consumo del tabaco queda de manifiesto en un relieve en el interior del templo de la Cruz en Palenque, en el que un Dios anciano está fumando lo que parece ser un cigarrillo o tal vez una especie de pipa tubular (Thompson, 1979).

Los historiadores sugieren la posibilidad de que los tarascos hayan sido los primeros en fumar tabaco, aunque sólo podían hacerlo sacerdotes y representantes de la divinidad en largas pipas de barro, ya que no existen pruebas en documento alguno de que la gente común fumara (Gonzalez Galván, 1980).

2.1 Usos del tabaco en la época prehispánica

Es importante señalar el uso que le dieron los indígenas pertenecientes a lo que hoy es el territorio mexicano al tabaco antes y después de la conquista, para entender cómo cambió el significado de su tiempo y momento al pasar de unas culturas a otras (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

La hierba "yetl", "picietl" o "kuots", es decir, tabaco en la lengua nahuatl, azteca o maya respectivamente, jugaba un papel mitológico, espiritual y religioso para los indios. Era parte de sus raíces, costumbres y hábi-

tos. Fumar para ellos constituyó un ritual suntuario y de ofrenda (González Galván, 1980). Porque el tabaco tenía poderes mágicos y agradaba a los dioses (Thompson, 1979).

Para adivinar o pronosticar algún acontecimiento - los adivinos y sacerdotes aspiraban el humo por la boca de un largo tubo que contenía tabaco. El ofrendar pelotitas de tabaco arrojándolas a la lumbre tenía como objeto que la divinidad tuviera olores gratos (González Galván, 1980). El humo del tabaco hacía de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal protegiendo de los seres malos del infierno y de la muerte (Thompson, 1979).

Eran diversas las formas de absorber los efectos - del tabaco, ya sea inhalándolo en forma de rapé o masticándolo mezclado con cal, o bien fumándolo en rollos hechos con las mismas hojas de la planta o maíz y en pipas e instrumentos similares (Thompson, 1979).

El tabaco era una panacea en el aspecto curativo. En vez de afectar nocivamente a la persona y a la colectividad, por el contrario su uso servía para gran variedad de males como piquetes y mordeduras de serpientes, - para el asma, la tiña y otras enfermedades de la piel, - fiebres, dolores de muelas, cefaleas, diarreas y parto. Igualmente era bueno si se empleaba en polvo con cal para eliminar el cansancio y la fatiga (Thompson, 1979).

Un documento de 1579 llamado la Relación de Cuitzeo de - la Laguna, dice que los indios acostumbraban como uso ge neral del tabaco, masticar hojas frescas de tabaco con - polvo de cal, para tener fortaleza (González Galván, - - 1980).

2.2 Procedencia del nombre

No existe un dato preciso acerca del origen del nom bre de la planta que hoy conocemos como tabaco. Los his toriadores no han podido determinar si, debido a una con fusión, los españoles omitieron una letra al pronunciar la palabra "tabasco" que era el nombre que daban los in dios al recipiente en el que tomaban humo (De la Garza y Vega, 1985). Por otra parte, también se cree que se cam bió sólo una letra a Tobago, isla que Colón descubriera en 1498. En lo que existe acuerdo general es en lo que respecta al vocablo cigarro, el cual puede derivarse del término maya "sikar", que significa fumar (González Galván, 1980).

2.3 El tabaco y la conquista

Al llegar los conquistadores a América los in díge- nas hicieron las ofrendas y regalos que acostumbraban ha cer a los seres superiores o sobrenaturales, entre los - que se incluían unas preciadas hojas secas, que para los extraños seres no representaron ningún valor (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

Cristóbal Colón cuando desembarcó en las Antillas - se sorprendió al ver que los nativos "chupaban o bebían" humo de unos cañutos (González Galván, 1980).

Rodrigo de Jerez y Luis Torres, miembros de la primera expedición de Colón, fueron los primeros europeos - que vieron fumar en Gibara (Cuba) en 1542. Y las primeras semillas de tabaco fueron llevadas a España en 1510 por Francisco Hernández de Toledo (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

En 1518 Fray Romano Pane envió al rey Carlos V semillas de tabaco, que el rey mandó cultivar con esmero, esperando encontrar sus propiedades saneantes (Tapia Juayek, 1980).

Así, los españoles fueron ellos mismos conquistados por el tabaco a través de ese ambiente mágico que lo envolvía, unido al placer de fumarlo.

Los marineros y navegantes fueron los encargados de difundir en los cinco continentes el cultivo del tabaco. Ello se debió al hecho de que las travesías, con la práctica de "beber humo" se hacían más llevaderas y menos penosas. El tabaco adormecía los sentidos y quitaba el -- cansancio y la fatiga. También hacía más fácil el trato con los nativos. Sólo que la necesidad de seguir usando la hierba fue volviéndose imperiosa y hubo que llevar a todas partes plantas y semillas para que no escaseara (A

ragonés, 1984).

2.4 El tabaco en el mundo

A principios del siglo XVII la costumbre salvaje -- de fumar se había propagado por todo el mundo, tanto en Asia como en el norte de Africa, el Nuevo Mundo y Europa (De la Garza y Vega, 1985).

Los primeros europeos que cultivaron tabaco fueron españoles, en la isla de La Española en el año 1530 (San Juan e Ibáñez López, 1983).

Durante los primeros 250 años de consumo en Europa el tabaco se fumó en habano y pipas, se masticaba y se aspiraba en forma de rapé. No fue sino hasta mediados -- del siglo XIX cuando hizo su aparición el cigarrillo, -- que es la forma más dañina de consumo (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Los que pensaban que el tabaco poseía virtudes medicinales y que ayudaba a la salud le llamaban la "hierba maravillosa". Además era novedoso tener algo encendido en la boca sin quemarse y tenía un encanto casi mágico -- (González Galván, 1980).

Sin embargo, la adaptación del tabaco a los diferentes ambientes sociales tuvo diversos procesos de aceptación y rechazo. En España, por ejemplo, se empezó a fumar en los niveles sociales bajos, ya que la alta sociedad lo veía como una costumbre baja y vulgar. Jacobo I

de Inglaterra prohibió fumar en público en 1604 (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980). Se condenaba y perseguía a los fumadores y la religión lo consideraba nocivo y pecaminoso (Tapia Juayek, 1980).

En Francia, no obstante, empezó a consumirse por la nobleza, al grado de que las manchas sobre la pechera o chaleco eran signo de elegancia. Y esto se debió a que el embajador francés en Portugal Jean Nicot, tuvo noticias de que el rapé inhalado por la nariz hacía estornudar y aliviaba los dolores de cabeza, por lo que recomendo y envió el nuevomedicamento a su reina Catalina de Medicis, quien padecía jaquecas. De aquí en adelante empezaron a nombrarle en ese país "hierba de la reina o nicotiana" o "hierba del prior" (Sanjuan e Ibáñez López, - - 1980).

El naturalista sueco Carlos Linneo bautizó a la -- planta del tabaco con el nombre de nicotiana en honor de Nicot (González Galván, 1980).

Se atribuye a Ralph Lane y John Hawkins su introducción a Inglaterra en 1565 (González Galván, 1980), aunque Walter Raleigh y Francis Drake fueron los que popularizaron la costumbre de fumar (Enciclopedia de México, - 1977). El Cardenal Santa Cruz lo introdujo en Italia, - Filipinas y el Japón; y el Cardenal Tornabona favoreció su cultivo en Roma (De la Garza y Vega, 1985).

A pesar de las controvertidas opiniones el tabaco seguía extendiéndose en todos los pueblos y a veces era mayor la demanda que la oferta, por lo que llegó a venderse a través del trueque y su peso en plata (González Galván, 1980).

Hacia el año de 1855 se inventaba la máquina para hacer cigarrillos, a fin de favorecer su comercialización en gran escala, dando paso a la creación de las grandes industrias y emporios del tabaco, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra (Sanjuan e Ibáñez López, 1980).

En la actualidad se produce en varios países del mundo siendo los principales: China, Estados Unidos, México, la U.R.S.S., Indonesia, Japón, Alemania, Turquía, Francia, Bélgica, Italia, Grecia, Hungría, Cuba, Puerto Rico, Filipinas, Brasil y Canadá.

Hemos visto la transformación e implicaciones sociales que sufrió el tabaco con el paso del tiempo al ser arrancado de su lugar de origen y pasar a un nuevo y sofisticado medio cultural, perdiendo aquéllas virtudes mágicas y curativas para dar un uso "gratificador y placentero".

3.1 Repercusiones en la salud

La conducta de fumar pertenece a la categoría de problemas de salud que debe llamar "comportamiento sanitario de elección personal" (D. Horn, 1977; p.397). No obstante, la gran mayoría de los fumadores nunca han tenido pleno conocimiento al inicio de fumar, en la niñez o juventud, de que tal elección llega a desarrollar con el paso del tiempo, uno de los hábitos más complejos, --perjudiciales y difíciles de abandonar.

Es un hecho que la conducta de fumar enferma y, a mediano o largo plazo, mata; aumentando en consecuencia, la demanda de asistencia médica. El tabaquismo reduce -- la esperanza de vida, incrementa el ausentismo y produce accidentes (Control del Hábito de fumar, O.M.S., 1985).

Tal vez uno de las razones por las cuales se haya -- extendido fácilmente el consumo de tabaco se deba a que los daños producidos por fumar no se manifiestan inmediatamente, sino que existe un período de latencia entre el inicio del hábito y la aparición de los síntomas relacionados con él (Tapia Juayek, 1980).

Se ha calculado que en los países donde el hábito -- de fumar es frecuente, el porcentaje de defunciones por esa causa entre las personas de menos de 65 años de edad es el siguiente para las enfermedades que se indican: cáncer de pulmón, 90 por ciento; bronquitis, 75 por cien

to; y afecciones cardiovasculares, 25 por ciento (Masironi, 1979). Esto quiere decir que alrededor de un millón de personas mueren cada año, víctimas del tabaquismo -- (Mahler, 1980).

El tabaquismo durante el embarazo agrava el riesgo de desarrollo fetal, así como el de muerte perinatal y a borto espontáneo (Masironi, 1979). Los médicos consideran que el monóxido de carbono del humo del cigarrillo -- le roba oxígeno al feto, aumentando de esta manera la -- probabilidad de hemorragias y ruptura de la placenta (R. Alcalay, 1985). También el hecho de que las mujeres fumadoras durante el embarazo den a luz en promedio niños con menor peso (de 150 a 240 grs. menos) se debe a que -- la nicotina es un fuerte vasoconstrictor (Tapia Juayek, 1980).

La relación entre el tabaco y el enfisema pulmonar ha sido confirmada y documentada por incontables estudios efectuados en todo el mundo (Mahler, 1980). Personas que tienen un alto consumo de cigarrillos tienden a sufrir de cáncer pulmonar entre 15 y 30 veces más a la -- de los no fumadores, según el número de cigarrillos consumidos (Tapia Juayek, 1980).

Además de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, se ha encontrado asociación del tabaquismo con la úlcera gástrica y duodenal, con el cáncer de la boca, la

lengua, los labios, la laringe, el esófago y la vejiga - (Tapia Juayek, 1980). Las infecciones gingivales, caries dental y pérdida de los dientes son más comunes en los fumadores que en los no fumadores (Willard, 1986).

Los fumadores faltan a su trabajo por causa de enfermedad dos veces más que los no fumadores (Willard, - 1986).

Diversas investigaciones revelan que los fumadores requieren mayores dosis de analgésicos y de tranquilizantes. Así también se ha demostrado que "el fumar afecta a los mecanismos de utilización de la vitamina C y que - las mujeres fumadoras que emplean anticonceptivos orales aumentan enormemente su riesgo de sufrir ataques cardíacos fatales" (Tapia Juayek, 1980; p. 609).

Poco se ha publicado al respecto pero se ha observado que el tabaco contribuye al envejecimiento prematuro (Tapia Juayek, 1980). Los fumadores se cansan más que - los no fumadores y sufren de respiración corta; así como también desarrollan aquéllos, una tos desagradable y experimentan dolores de pecho (R. Alcalay, 1985).

Existen bastantes pruebas de que el consumo de tabaco puede aumentar la probabilidad de lesión del miocardio. Por otra parte, también se ha podido observar que al dejar de fumar, bajan mucho las probabilidades de morbilidad y mortalidad correspondientes al caso (Horn, - -

1977).

3.2 Componentes del cigarrillo

El cigarrillo afecta la salud porque contiene varios centenares de componentes en una compleja mezcla. El humo del cigarrillo es una combinación de gases, vapores no condensados y materias líquidas en partículas. Este humo entra a la boca como un aerosol concentrado en millones de partículas por centímetro cúbico. Sin embargo, tres componentes son los más destructores: el alquitrán, que se define como el conjunto de partículas retenido por un filtro Cambridge modelo CM-113 después de extraerse la humedad y separada la nicotina; el monóxido de carbono, uno de los gases que se forman por la alta temperatura de combustión; y la nicotina, que es un alcaloide que se absorbe en un 90 por ciento y es el componente responsable de la dependencia física y psicológica que se llega a establecer en el fumador debido a sus efectos estimulantes, actúa principalmente en los niveles cardíacos, vascular, pulmonar y cerebral (Tapia Juayek, 1980).

No obstante, otras toxinas del tabaco son igualmente peligrosas para la salud, como el amoníaco, que quema los tejidos de la nariz y la garganta; y el arsénico, -- que envenena el organismo; finalmente los gases calientes, que destruyen los cilios necesarios para limpiar -- los pulmones (R. Alcalay, 1985).

Además el humo del cigarrillo contiene partículas radioactivas que pueden ayudar al desarrollo de tumores malignos en fumadores crónicos. R. Alcalay (1985, p. 16) reporta que una persona al fumar 30 cigarrillos diarios recibe una dosis anual de radiación alfa igual a 300 radiografías en el pecho y una dosis en el área de la traquea que equivale a 8 "rems" de radiación por año.

La creencia de que el filtro del cigarrillo protege al fumador de los efectos dañinos de tales componentes, es relativa. Algunos médicos creen que tanto el cigarrillo con filtro bajo en nivel de alquitrán y nicotina, como el cigarrillo regular, contienen iguales niveles de monóxido de carbono. Además de que la mayoría de los fumadores de cigarrillos con filtro tienden a consumir mayor cantidad de cigarrillos e inhalan más profundamente que los que fuman cigarrillos sin filtro. Por lo tanto, terminan absorbiendo la misma cantidad de componentes tóxicos (R. Alcalay, 1985).

3.3 Concepto de dependencia

Cuando la persona se inicia en el hábito de fumar, consume pocos cigarrillos, pero este consumo va gradualmente en aumento a medida que pasa el tiempo (Masironi y L. Roy, 1982).

El uso del tabaco está considerado como una actividad autoestimulante que tiene lugar mediante la inhala-

ción ya sea de cigarrillo, puro o pipa. Su práctica llega a causar dependencia, ya que sus componentes causan adicción y cuando se abandona su uso se produce un síndrome de abstinencia o supresión.

Se considera que el hábito o dependencia es un estado en que una persona continúa haciendo algo, no porque ese algo le satisfaga, sino porque no hacerlo le resultaría insatisfactorio (Raw, 1978).

La dependencia puede ser de dos tipos: física y psicológica. En este caso la dependencia física es la necesidad de fumar para impedir los molestos síntomas que constituyen el síndrome de supresión, debido a la influencia del factor principal que es la nicotina, el cual favorece el mantenimiento del hábito. La nicotina cuando es absorbida al fumar aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial, el volumen de expulsión y el estado de alerta, mientras que reduce la circulación sanguínea periférica (Raw, 1978).

Algunas personas adictas a las drogas son grandes fumadoras. Sin embargo, se desconocen los mecanismos y los lugares del cerebro por conducto de los cuales la nicotina ocasiona dependencia (O.M.S., No. 568, 1975).

Por otra parte, el resultado de habituarse a una droga no es la dependencia física, sino la psicológica, que es definida como un deseo continuo de tomar droga en

dosis relativamente constantes (Bernstein, 1970).

Como señala Tapia Juayek (1980; p. 613), "en algunos individuos la dependencia psicológica y posiblemente farmacológica del tabaco es tan fuerte, que llega a caer dentro de la patología psiquiátrica, ya que prefieren sufrir los graves problemas que ocasiona, tales como insuficiencia respiratoria, trastornos circulatorios e inclusive amputaciones, que dejar de fumar".

Para muchas personas la dependencia psicológica es más difícil de romper, ya que se tienen ciertas situaciones placenteras o gratificantes asociadas a la conducta de fumar (Puente Silva, 1983).

Yo creo que en cualquier tratamiento terapéutico - que se use para eliminar la conducta de fumar, hay que - explorar con detenimiento los factores psicológicos tanto o más que los farmacológicos, ya que estos son determinantes en el difícil rompimiento de la dependencia. En un estudio de conjunto realizado en Londres, Inglaterra por Martin Raw (1979), las estadísticas muestran que las tasas de abstinencia prolongada de los fumadores tratados en clínicas varían entre el 15 y 25 por ciento; y se espera que de los fumadores actuales, menos del 15 por ciento llegue a la edad de 60 años habiendo dejado de fumar.

3.4 Síndrome de abstinencia

En la mayoría de los fumadores crónicos se presentan una serie de síntomas que pueden ser observados cuando hay privación de la conducta de fumar. Este conjunto de signos y síntomas es lo que se llama síndrome de abstinencia, el cual genera cambios en el estado de ánimo y en la capacidad de ejecución. La sensación de la necesidad de fumar se va intensificando en proporción al tiempo que la persona permanece sin fumar. Esta situación es variable y puede durar desde las primeras 24 horas -- después del último cigarrillo y luego va declinando en forma gradual desde unos pocos días a varias semanas -- (DSM-III Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales A.P.A.).

Los síntomas de abstinencia mejor conocidos son: inquietud, torpeza, aumento de apetito, trastornos del sueño, irritabilidad, ansiedad, trastornos gastrointestinales, cefalea y trastornos de concentración y la memoria (DSM-III).

En algunos estudios que se han realizado para ver los efectos de la nicotina tanto a nivel humano como animal (monos) ha quedado demostrado que hay alteraciones en el comportamiento dentro de las áreas de agresividad, hostilidad e irritabilidad. La falta de nicotina produce ansiedad, nerviosismo, fatiga, trastornos del sueño e hipertensión (Hutchinson y Emley, 1972).

También los trastornos psicológicos relacionados al uso del tabaco cobran importancia según lo señala Puente Silva (1983; p. 3), "donde el individuo consciente del - grave daño potencial, al fumar experimenta angustia, ten sión y stress como resultado de su necesidad de fumar - continúamente".

Daniel Horn (1977), enfatiza que psicológicamente - el que está renunciando a fumar ha de poder hacer frente a la ausencia del estímulo proporcionado por los cigarri llos y a la sensación de ansia por el tabaco y otros sín tomas de abstinencia.

3.5 Tabaquismo involuntario y contaminación ambiental

El tabaco daña no sólo al fumador, sino también en cierta proporción al no fumador cuando se ve expuesto a la inhalación involuntaria del humo de cigarrillos, causando para la persona que no fuma, un tabaquismo pasivo o secundario (Masironi, 1979).

En el primer año de vida los hijos de padres fumado res sufren dos veces más de bronquitis y de neumonías que los de padres no fumadores (Willard, 1986). Tapia Jua- yek (1980; p. 610), señala que "se ha encontrado correla ción entre la prevalencia de enfermedades respiratorias en niños y el hábito de fumar de los padres; y la rela- ción es más fuerte cuando los padres tienen tos y fuman"

Masironi (1979, p. 363); informa ante un comité de expertos de la O.M.S., que en los adultos sanos que se ven sometidos a inhalaciones involuntarias de humo de cigarrillo, la exposición causa molestias como irritación de ojos y nariz, cefalalgia y náuseas, "pero para las -- personas asmáticas, convalecientes de infarto de miocardio o que sufren trastornos análogos cardiovasculares y respiratorios, la exposición a una atmósfera contaminada con humo de tabaco puede tener repercusiones adversas sobre la salud".

En estudios realizados en Alemania se han encontrado niveles medibles de nicotina en la sangre y en la orina de personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco (Tapia Juayek, 1980).

Además el humo del cigarrillo es una fuente de contaminación atmosférica tan importante como la del automóvil (Willard, 1986).

"El humo ambiental del cigarrillo contiene doble -- cantidad de alquitrán y nicotina, cinco veces más la cantidad de monóxido de carbono y cincuenta veces la cantidad de amoníaco que el humo original. También hay evidencia de que hay cadmium en el humo que se queda en el ambiente, el cual se cree que es uno de los componentes del humo que causa enfisema, dañando los alveolos del -- pulmón" (R. Alcalay, 1985; p. 15).

Actualmente se insiste cada vez más en la necesidad de proteger al no fumador de los efectos del aire contaminado de los lugares ocupados por fumadores. Masironi (1979), defendió también este punto en su informe afirmando que la concentración de monóxido de carbono en lugares cerrados donde se fuma puede ser también de importancia porque a veces afecta a la capacidad de percibir estímulos y de reaccionar ante ellos en situaciones en que un accidente pondría en peligro muchas vidas, como es el caso de los conductores de autobuses y los pilotos de aeronaves.

Por lo anteriormente expuesto podemos resumir que el hábito de fumar cigarrillos desencadena un proceso patológico que repercute en la salud, produciendo daños irreversibles en su mayoría, cuyo efecto final es más o menos proporcional a la cantidad total consumida desde que una persona ha empezado a fumar. Sin embargo, no habiendo llegado a este punto crítico, al dejar de fumar se disminuye el riesgo casi de inmediato.

IV ASPECTOS PSICOLOGICOS

A lo largo de muchos estudios realizados en el mundo ha quedado demostrado que la edad en que tiene lugar la iniciación del tabaquismo es antes de los 20 años (De la Garza y Vega, 1985). Sólo que no se han podido determinar los factores sociales y psicológicos que subyacen a la conducta de fumar y la aceptación social de este hecho (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

La búsqueda de la propia individualidad e identidad; la fórmula para hacer contacto y romper el hielo con los demás; o el ritual de iniciación para que el adolescente pase de anticuado a ser más hombre. Pueden ser muchas - las causas, que para una mayor comprensión la trataré en dos partes: Tabaquismo Psicosocial y Personalidad del fumador.

4.1 Tabaquismo Psicosocial

Existen diversos factores que influyen para que los individuos empiecen a fumar, siendo los más importantes aquéllos de tipo psicosocial. Esto se debe a que la conducta de fumar se realiza con mayor frecuencia en una interacción social.

Clark (1978), observó en varios estudios lo que sucedía a uno o más individuos al fumar en un contexto de interacción social: Las diferentes acciones que tienen lugar en el transcurso del tiempo que tarda un individuo en fumar un cigarrillo están correlacionadas con ciertos

patrones de conducta más o menos constantes en el contexto de una interacción social. Por ejemplo, se fuma para mantener cerrada la boca y así disminuir la actividad de participación; desviar la vista de los demás para quitar la ceniza del cigarrillo; hacer una pausa al encender el cigarrillo para reprimir alguna emoción.

De acuerdo con Russell (1974), durante la etapa inicial del tabaquismo existen reforzadores positivos y reforzadores negativos, los cuales promueven o evitan, según el caso, la persistencia del hábito de fumar.

En relación a los reforzadores positivos para fumar se destacan la rebeldía y la curiosidad, actitudes de oposición que acompañan la etapa adolescente; las facilidades para disponer de cigarrillos; la anticipación de vida adulta por el adolescente; así como el ejemplo de padres, hermanos mayores o amigos fumadores.

Por otra parte, los reforzadores negativos corresponden a: la actitud de no fumar de los padres; actitud de la escuela, información de los riesgos del tabaquismo para la salud; el discomfort y los efectos de la nicotina que producen displacer al fumar.

Se concluye por lo anterior, que el fumar es una actividad que lleva a estimularse a sí mismo, y que está correlacionada con una reducción en el involucramiento a interactuar, lo cual sería una fuente de ansiedad para -

el fumador. Existen situaciones difíciles en la vida, - en que el cigarrillo proporciona una pequeña distracción (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Podemos agregar también que el mantenimiento del hábito al principio es intermitente y está confinado a situaciones sociales. El fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y agrega las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas, al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante la gratificación farmacológica (Aragonés, 1984).

4.2 Personalidad del fumador

No podemos hablar de una personalidad característica de los fumadores, ya que se desconocen factores del comportamiento que impulsan a los individuos a fumar, en especial a los jóvenes, y que impiden a los fumadores a renunciar al tabaco. Sin embargo, existen diferencias de personalidad entre fumadores y no fumadores, diferencias que han de estar presentes antes de comenzar a fumar (Heinz Stacker y Bartmann, 1977).

Entre los factores que más influyen cuando se empieza a fumar se encuentran el hecho de tener amigos o familiares que fumen, ciertas características personales como la curiosidad, la rebeldía o el deseo de afirmar la -

independencia e imitación de un modelo (Horn, 1977).

No obstante, no sólo interviene en el aprendizaje social del fumar la influencia de los padres o los compañeros de la escuela, sino los modelos presentados a través de los medios masivos de comunicación, como "prestigiosos y triunfadores". M. Raw (1979; p. 111) señala que "investigaciones psicológicas han demostrado también que el niño responde a la influencia de ciertas imágenes, lo cual es probablemente un factor importante en los anuncios de cigarrillos en los que se vincula el hábito, la distinción social y la vida al aire libre".

Schubert (1959), encuentra ciertas diferencias dignas de mención entre fumadores y no fumadores en las escalas Pp (Psicopatía) y Ma (Manía) del MMPI: Los fumadores muestran mayor actividad transgresiva en comparación con los no fumadores (Straits y Sechrest, 1963); (Evans, Borgatta y Bohrnsted, 1967); y casi siempre cuotas más altas de extraversión.

Eysenck y colaboradores en sus estudios realizados en 1960 y 1964 reportan que los sujetos muy fumadores de cigarrillos aparecen como más extravertidos que los poco fumadores.

Los fumadores masculinos y femeninos disfrutan más en sociedad, toman parte con mayor frecuencia en reuniones sociales y para sentirse a gusto necesitan más con-

tactos con los demás que los no fumadores (Salber y -- Rochman, 1961). Heinz Stacker y Bartmann (1977), observaron que los fumadores de cigarrillos son más animados y más sociables que los no fumadores, y vulneran más fácilmente las normas sociales, siendo por tanto más transgresivos.

En investigaciones longitudinales Stewart y Livson (1966), proporcionaron resultados de que los fumadores - futuros muestran de un modo estadísticamente importante, cifras mayores de rebelión durante la infancia y la adolescencia. En el estudio de Veldman y Bown (1968), los fumadores mostraban también una actitud claramente más negativa frente a las autoridades que los no fumadores, en especial entre los varones.

Otros resultados obtenidos por Smith (1969), relacionados con los rasgos bipolares del test de personalidad de Cattell, muestran que ciertos rasgos tales como - escrupulosidad, responsabilidad y obediencia, aparecen - con signo negativo en los fumadores, en comparación con los no fumadores. Smith resume que los fumadores son - más dados a contactos sociales, más impulsivos y transgresivos, mientras que los no fumadores son más rígidos y más religiosos.

También en el trabajo de Smith (1970), citado por - Heinz Stacker y Bartmann (1977); llega a la conclusión -

de que la relación fumar-extraversión puede considerarse como bien confirmada, ya que se ha podido comprobar con diferentes instrumentos en distintas poblaciones.

Por otra parte, cabe mencionar el estudio que realizó Russell y colaboradores en 1974, utilizando un cuestionario para obtener datos relacionados con una variedad de motivos y gratificaciones, estilos de fumar y situaciones en las que esta conducta ocurre.

Russell clasifica a los fumadores en siete grupos según la motivación del hábito:

1) Hábito psicosocial.- Su uso tiene un valor simbólico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sexualidad y sofisticación. Ayuda a aumentar la confianza social y ganar la aceptación dentro de grupos de la misma clase. Fumar es intermitente y tiende a ocurrir en situaciones sociales. Es frecuente en jóvenes, especialmente adolescentes.

2) Hábito sensoriomotor.- Envuelve el placer de las numerosas sensaciones de fumar ligadas a la despreocupación y el uso de manipulaciones tanto oral y manual como respiratorias. Ver la cajetilla, sentir el cigarro en la mano y en la boca, el proceso de encenderlo, mirar el humo, el olor, el sabor y el sonido, contribuyen a la formación de un acto sensoriomotor elaborado. La repetición de este acto es en si mismo más gratificante que su

efecto farmacológico.

3) Hábito por indulgencia.- Probablemente es el más común. Se consumen menos de veinte cigarrillos diarios y se fuma por placer, generalmente en etapas de reposo o relajación, después de los alimentos. Fumar se asocia al consumo del café, té o bebidas alcohólicas.

4) Hábito sedante.- El tabaco es usado como un sedante o tranquilizante para aliviar estados de ansiedad y tensión. Su frecuencia varía de acuerdo con el estado emocional del fumador. Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos. Es más frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas, que fuman "para no subir de peso".

5) Hábito estimulante.- El tabaquismo ocurre cuando la persona está ocupada y activa. La acción estimulante de la nicotina ayuda a pensar y concentrarse mejor, mitigar la fatiga y resistir la tensión. La inhalación del cigarrillo es profunda y su consumo es alto.

6) Hábito adictivo.- El fumador no resiste estar sin fumar más de veinte o treinta minutos. Fumar no es placentero, pero se ha convertido en una necesidad. Se empieza a fumar al despertar y cesa durante el sueño y el tabaquismo es regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

7) Hábito automático.- Se dá principalmente entre -

los fumadores crónicos que presentan hábito estimulante o adictivo, o ambos. El acto de fumar se ha vuelto inconsciente y no se dan cuenta del consumo.

Los siete tipos de hábito van a depender de las diferentes clases de recompensa, ya que existe una progresión que empieza por recompensas no farmacológicas (psicológicas y sensoriomotoras) pasando por un efecto positivo de nicotina, para finalmente llegar a la adicción - de la misma, en la que el fumar ya no está motivado por un efecto positivo, sino por la necesidad de evitar los síntomas displacenteros.

Cualquier fumador puede verse retratado con varios tipos de hábito y no exclusivamente con uno solo de ellos. Sin embargo, hay una asociación entre un fumador y su patrón predominante de tabaquismo.

De acuerdo a sus investigaciones Horn (1977; p. 398) concluye que no hay un tipo único de fuerzas psicológicas que predomine en las motivaciones para fumar o no fumar, y que "tanto fumar como no fumar pueden ser una manera de expresar el conflicto entre la satisfacción de los propios deseos y la adaptación a las exigencias y expectativas de la sociedad y de sus figuras prominentes".

"El que un fumador se plantee la renuncia o modificación de su hábito de fumar, el éxito que tenga en el empeño depende en gran parte de la percepción de la amena-

za que represente el seguir fumando, lo útil que sea psicológicamente para él el fumar, y las influencias ambientales que favorezcan u obstaculicen sus esfuerzos por modificar el comportamiento" (Horn, 1977; p. 398).

Aunque los autores no llegan a un acuerdo respecto a un perfil específico de la personalidad del fumador, - los rasgos sobresalientes en sus investigaciones son: rebeldía, imitación, actitud antiautoritaria, tendencias a la extraversión, transgresión, al contacto social, a una mayor actividad y a la gratificación oral.

V ASPECTOS SOCIALES

Entre los años 1910 y 1920 el consumo de cigarrillos aumentó considerablemente entre la población de jóvenes varones y adultos, que anteriormente sólo fumaban cigarro puro o pipa. Más tarde, a causa de la segunda guerra mundial, el consumo se estancó en muchos países - al interrumpirse el suministro de tabaco. Al reanudar - su marcha aumentó sobre todo el número de mujeres fumadoras de clase media y baja en el decenio 1950 - 1960 (Tapia Juayek, 1980).

Actualmente la moda de fumar es casi en su totalidad socialmente aceptada en todo el mundo. Y aunque los países desarrollados han ido disminuyendo el hábito de fumar, lamentablemente países en desarrollo como México, aumentan su consumo y no cuentan con las medidas eficaces para combatirlo.

Este complejo fenómeno se ha visto influido por importantes factores como son: la publicidad, la educación y prevención, los aspectos económicos, la legislación, así como las medidas restrictivas o de control para combatirlo, que están tan vinculados al problema mismo. Sólo que estos factores no tienen la misma aplicación en todos los países y varían de acuerdo a su contexto (B. Benjamín, 1979).

5.1 Economía

El cultivo del tabaco se ha extendido a 120 países

y como consecuencia se ha convertido en una fuente importante de empleo y ha dado lugar a nuevos intereses creados. Por ejemplo los impuestos sobre el tabaco son políticamente cómodos por su fácil administración y comúnmente aceptables para los fumadores, por lo que resultan -- ser muy atractivos para los gobiernos de muchos países -- en desarrollo (Willard, 1983).

Pero los impuestos generados del tabaco no pueden -- compensar las pérdidas económicas ocasionadas por la producción y el consumo de tabaco, a saber: los gastos de -- los servicios de salud en enfermedades relacionadas con el tabaquismo; los incendios domésticos y de bosques y -- la menor producción alimentaria (Horn, 1977).

Las pérdidas por incendios son alarmantes. En el -- mundo arden miles de hectáreas de bosques cada año en -- los meses secos del verano debido al número de excursionistas que fuman (Mahler, 1980).

No hay suficientes datos respecto a las pérdidas humanas cobradas por los incendios de fumadores en otros -- países, pero sabemos que en Estados Unidos mueren cada año cerca de 2,000 personas por esta causa. En lo que -- respecta a incendios forestales por descuido de fumadores, perdió este mismo país en el año de 1969, 100 millones de dólares (Mahler, 1980).

México es uno de los países que cuenta con el taba-

co como elemento importante para su economía. En materia de exportación ocupa el decimoctavo lugar con un promedio anual de 22,000 toneladas. En los años 1980 y -- 1981 nuestro país obtuvo por concepto de exportación de tabaco en rama, 48 millones de dólares, generando un promedio mensual de 711,000 horas hombre de trabajo (Puente Silva, 1986). Se ha reportado que en 1981 la fabricación de cigarrillos produjo en sueldos 584 millones de pesos, y por concepto de salarios y prestaciones sociales alrededor de 1,500 millones de pesos (Programa Nacional contra el tabaquismo, 1986).

La población mexicana ha mostrado una gran tolerancia hacia el consumo del tabaco y ésta se ha visto favorecida por la intensa propaganda y la total libertad que existe para su venta, tanto en zonas rurales como urbanas. Sólo en el Distrito Federal se consumen diariamente alrededor de 39 millones de cigarrillos, y ya en 1979 existían en el mercado 90 marcas de cigarrillos (Programa Nacional contra el tabaquismo, 1986). En los últimos diez años el consumo nacional ha aumentado un 11.2 por ciento (Tapia Juayek, 1980).

Es muy importante considerar y hacer cada vez mayor hincapié en que nuestro país cuenta con el grave problema de la desnutrición, que tal vez ya empieza a competir con las enfermedades causadas por la epidemia del taba-

quismo. Por lo que creemos que sería deseable que nuestro gobierno participara con la O.M.S. y la F.A.O., ya que estos organismos han venido realizando estudios comparativos de las ventajas económicas de la producción de tabaco y los costos en términos de salud por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, con objeto de que los gobiernos puedan hacer una evaluación respecto a una diversificación agrícola, y en vez de tabaco se cultiven productos alimenticios (Masironi, 1979).

5.2 Publicidad

La publicidad que se ha venido haciendo en el mundo sobre tabaco es generalmente a través del radio y la televisión, aunque también se transmite por medio de revistas, anuncios en vías públicas, periódicos, carteles impresos en edificios como aeropuertos y estaciones de ferrocarril (Moerloose, 1977).

El tabaco oscila entre el tercer y quinto lugar entre los productos mayormente anunciados por la televisión y éstos están en su mayoría, dirigidos a jóvenes y a mujeres (Puente Silva, 1986).

Casi en todos los anuncios se hace aparecer a los fumadores de ambos sexos como personas audaces, deportistas, agresivas, intrépidas, que saben disfrutar mejor la vida, vestidos de fiesta, sensuales y sobre todo, rodeados de una atmósfera de placer y relajación, gozando de

un cierto nivel socio-cultural (Tapia Juayek, 1980).

En muchos países se está luchando por conseguir que el tipo de publicidad que se realiza cambie su manejo, ó en el mejor de los casos desaparezca, aunque esto creemos que es muy difícil, especialmente en los países en desarrollo, por los intereses económicos que ello representa. Simplemente en México en 1983 el gasto publicitario fue de 1,807'167,000.00 pesos. El costo y tiempo de publicidad en 1982 ocupó 4,333 minutos en el aire, lo -- que equivale a tres días continuos de transmisión (Programa Nacional contra el tabaquismo, 1986).

Países como Noruega, Finlandia, Irlanda y Singapur, entre otros, prohíben casi en su totalidad cualquier forma de promoción de consumo de tabaco. Más bien, estos países promueven dar a conocer a través de los medios de comunicación, los peligros del tabaquismo (Willard, -- 1982). Así como también cambiar la imagen distorsionada que se ha difundido acerca de la conducta de fumar, y sensibilizar al público en contra del tabaquismo. Por ejemplo publicar que a mayor actividad deportiva, menor consumo de tabaco (Willard, 1982); que el tabaco contribuye a que aumenten entre los jóvenes las posibilidades a corto plazo de envejecimiento, enfermedad, invalidez y muerte prematuramente (Tapia Juayek, 1980); y hacer notar -- que la propaganda ha dado margen a que se confunda la li

beración personal con el hábito de fumar (Willard, 1986).

Sin embargo, las condiciones a veces no se ven favorecidas por las partes involucradas: En 1971 en Canadá se rechazó un proyecto de legislación para prohibir la -propaganda del tabaco sugerida por la O.M.S. (De la Garza y Vega, 1985). En cierta ocasión mientras el gobierno inglés gastó un millón de libras en campañas contra -el tabaco, las tabacaleras gastaron ochenta millones en promocionarlo (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

La propaganda actual, a través de mensajes subliminales de frases cortas, consigue llegar a todas las mentalidades, causando un impacto directo (Sanjuan e Ibáñez -López, 1983). Otra desventaja para los países en desarrollo es el hecho de que la publicidad, que transmite -mensajes engañosos a través de sus anuncios, es más efectiva en poblaciones que cuentan con mayor número de anal-fabetas (Willard, 1982).

5.3 Legislación

Antes de la segunda guerra mundial no se habían podido introducir las medidas legislativas necesarias para -luchar contra el hábito de fumar porque faltaban pruebas científicas y estadísticas sobre los efectos nocivos del consumo del tabaco para la salud. No obstante, en 1890 países como Noruega y Estados Unidos promulgaron leyes -que prohibían la venta de tabaco a niños menores de 15 a

Nos (Moerloose, 1977).

A medida que se hacen estudios que comprueban la corelación del tabaco con la diversidad de enfermedades e índices altos de mortalidad por su excesivo consumo, los gobiernos han adoptado medidas eficaces a pesar de la oposición de intereses económicamente muy poderosos (Mahler, 1980).

Aunque los sistemas legislativos varían de un país a otro, hay países que prohíben en la actualidad todas - las formas de promoción del consumo de cigarrillos, como son: Singapur, la URSS, Yugoslavia, Afganistán, Arabia - Saudita, Checoslovaquia, Finlandia, Islandia, Noruega, - Rumania y Hungría. En Italia, Kuwait y Bulgaria la prohibición es casi total pero se admiten algunas excepciones (Mahler, 1980).

Sabemos que en la mayoría de los países en desarrollo el público carece del grado de conciencia necesario para darse cuenta del peligro que existe a corto y largo plazo, si no se adoptan las medidas legislativas, preventivas y de educación para combatir el tabaco (Willard, - 1982).

Las medidas antitabáquicas se llevan a cabo por medio de: adevertencias en los paquetes de cigarrillos acerca de las consecuencias del tabaquismo para la sa- - lud; limitaciones en la publicidad; restricciones de fu

mar en determinados lugares públicos y transportes; la - protección de los derechos de los no fumadores (Moer- loose, 1977).

También se ha venido estudiando la conveniencia de adoptar medidas legislativas para el control de la cali- dad de los distintos tipos de tabaco estableciendo lími- tes máximos autorizados para el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono (Masironi, 1979).

México se encuentra entre los países que llevan a - cabo una legislación mínima sobre tabaquismo. Sin embar- go, en febrero de 1984 apareció, en el Diario Oficial, - la Ley General de Salud, en la cual se reconoce que el - tabaquismo es una conducta de alto riesgo, causa impor- tante de mortalidad y morbilidad.

De acuerdo con un informe de un Comité de Expertos de la O.M.S. (Ginebra, 1983), la legislación para comba- tir el tabaquismo epidémico mundial tiene como principa- les propósitos:

- reducir el consumo de tabaco o evitar que aumente;
- completar las campañas de educación que serán pro- bablemente más eficaces si van respaldadas por me- didas legislativas;
- demostrar la preocupación del gobierno;
- influir en las actitudes del público ante el con- sumo de tabaco;

- reducir los riesgos para la salud de los que siguen fumando, y
- limitar la exposición de los no fumadores al humo del cigarrillo.

5.4 Prevención

Para prevenir la conducta de fumar es necesario llevar a cabo un verdadero programa educativo complementado con medidas legislativas (Moerloose, 1977). Las disposiciones de educación sanitaria deben ser destinadas principalmente a los jóvenes y niños en edad escolar, aunque es muy recomendable también dirigirse a las personas adultas, personal docente, profesionales de la salud y padres de familia.

Se aducen argumentos económicos para obstaculizar las campañas contra el tabaco, especialmente en países cultivadores de éste. Es indispensable preparar medidas apropiadas para sustituir estos cultivos por siembras de alimentos u otros socialmente útiles (B. Benjamín, 1979).

En otros países, como Francia a través del Artículo 6 de la Ley del 9 de julio de 1976, dispone la difusión de información sanitaria de carácter preventivo y psicológico en las escuelas y las fuerzas armadas (Moerloose, 1977). Estados Unidos cuenta con varias asociaciones que llevan a cabo programas especiales sobre tabaco y salud y el gobierno ha establecido centros para instruir -

al personal docente sobre técnicas de educación sanitaria. En Noruega en 1974 y 1975 se organizó una campaña dirigida a grupos concretos de personas como es el personal docente, los estudiantes y los niños en edad escolar, a personas que padecen alguna enfermedad relacionada al consumo de tabaco y por supuesto a personas que desearan dejar de fumar (Moerloose, 1977).

En términos generales las acciones preventivas deben estar a cargo del cuerpo médico y del magisterio. Ellos deben insistir en los peligros que acarrea el tabaquismo proporcionando información y motivación a la población - bajo su cuidado, sea ésta fumadora o no, ya que la conducta de estos profesionales, especialmente médicos, es aceptada e imitada por sus pacientes y por la comunidad (Tapia Juayek, 1980).

Una medida preventiva que podría dar buenos resultados sería la de desprestigiar al cigarrillo socialmente. Lo mismo en el niño que en el adulto, el comportamiento en relación con el tabaco está influido por el medio social, y una sociedad más consciente de la importancia de la salud podría crear un clima hostil al tabaco (Mahler, 1980). A través de los medios de comunicación masiva se pueden usar mensajes atractivos como los que emplean otros productos, prestigiando al no fumador, relacionando lo con la mejor salud, mayor atractivo físico, mejor con

dición y más éxito (Tapia Juayek, 1980).

Otra medida que se ha venido proponiendo es la de convencer a las compañías aseguradoras de establecer tarifas diferentes para fumadores y no fumadores (Tapia Juayek, 1980).

Podemos notar que los interesados en la lucha contra el tabaco insisten en su prevención porque argumentan, casi todos, que ya arraigada la dependencia del tabaco en las personas, y sobre todo en los adolescentes, la mayoría de los esfuerzos legislativos y educativos están condenados al fracaso. (Moerloose, 1977).

5.5 Medidas para su control

El consumo de cigarrillos se ha convertido en un problema de salud de alcance mundial que sólo podrá resolverse adoptando medidas a escala mundial. En esta lucha se trata de convencer a los gobiernos de que las ventajas económicas que el tabaco pueda reportar a corto plazo irán seguidas, inevitablemente, de gravísimos perjuicios para la vida y la salud de la población (Mahler, 1980).

A medida que los argumentos médicos y epidemiológicos en contra del tabaco fueron adquiriendo mayor peso, se ha dado mayor importancia a los derechos individuales protegiendo los derechos de los no fumadores (Horn, 1977). También se ha conseguido extender cada vez más -

La restricción para fumar en vehículos de transporte público, lugares de distracción, salas de reuniones, ascensores (Mahler, 1980); y se sigue presionando para que en en los aviones se extiendan las secciones de no fumar (Willard, 1986).

Las medidas antitabáquicas han venido dando buenos resultados, aunque su eficacia pueda reflejarse al cabo de muchos años. En Suecia en 1975 y en Noruega en 1973, por ejemplo, bastó que en las cajetillas de cigarrillos se introdujeran advertencias sanitarias muy serias para que el consumo bajara del 43 al 31 por ciento y del 52 al 49 por ciento, respectivamente, en los 5 años siguientes. En los Estados Unidos la proporción de fumadores descendió en un 9 por ciento entre 1965 y 1980 (Moerlooze, 1977). Un estudio efectuado por médicos europeos mostró una declinación de fumadores de un 43 a un 21 por ciento entre 1954 y 1971, lo cual representó una reducción del 25 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón en el mismo período (Willard, 1986).

En el estado de Kentucky, en Estados Unidos, si una persona, que se encuentra en una escuela, fuma en presencia de algún niño es multada, pues los fumadores están autorizados a fumar en locales especialmente asignados por el director de dicha escuela (Moerlooze, 1977). En Inglaterra se logró convencer a los fabricantes de ciga-

rillos para que dentro de los paquetes figuren leyendas como: Deje una colilla larga, retire el cigarrillo de la boca entre chupadas, trague menos humo, dé menos chupadas (Moerllose, 1977).

Los países anteriores han propuesto medidas que controlan, de alguna manera, a las máquinas automáticas de cigarrillos, que se encuentran estratégicamente en lugares públicos, como una protección a los niños y adolescentes (Moerllose, 1977).

La O.M.S. propone que conviene seguir intercambiando todo tipo de información referente al problema del tabaquismo para que los esfuerzos nacionales sirvan para hacer análisis generales y globales. También formula, en cooperación con el Comité Olímpico Internacional, la estrategia dirigida a los jóvenes ensayando un nuevo enfoque de promoción haciendo énfasis en que las personas que admira la juventud son ganadoras y se encuentran en el bando de la salud (Willard, 1986).

VI ANALISIS DE METODOS Y TECNICAS

Durante las dos últimas décadas han proliferado diversas técnicas para reducir el hábito de fumar. Las que revisaremos son fundamentalmente las que están basadas en la orientación clínica e individual, cuyas investigaciones han generado numerosos adelantos metodológicos.

Me he limitado a hacer una descripción de las diferentes técnicas o métodos con el propósito de analizar los procedimientos que cada uno de ellos utiliza, sin entrar en detalles respecto a su efectividad. De manera arbitraria las he clasificado en dos categorías: Técnicas para disminuir la adicción fisiológica y técnicas para disminuir la adicción psicológica.

6.1 Técnicas para disminuir la adicción fisiológica

a) Medicamentos

Los medicamentos de uso más frecuente en la eliminación del tabaco han sido los sedantes, ansiolíticos y estimulantes. La estrategia del uso de medicamentos ha sido la de compensar el efecto que hace la nicotina como agente dominante en el mantenimiento del hábito de fumar (Grabowski y Hall, 1985). Sin embargo los tranquilizantes y ansiolíticos han dado resultados muy pobres a corto y a largo plazo (Smoking and Health, 1986). Y los sedantes no han dado mejores resultados que los placebos - ya que reportan, por igual, una tasa de abstinencia del

25 por ciento al año (Raw, 1978).

b).- Sustitutos de la nicotina

Las diferentes investigaciones han concluido que el fumar periódicamente sirve para que se mantenga un nivel constante de nicotina en el organismo del fumador. También ha quedado demostrado que el fumador al cambiar de marca de cigarrillos que tienen menor cantidad de nicotina, tienden a fumar más o a inhalar con mayor profundidad, con el objeto de nivelar el consumo acostumbrado - (García y Gavaldón, 1986). Esta tesis ha invitado a los investigadores interesados en la conducta de fumar, a desarrollar programas que incluyan el uso de fármacos, para sustituir este alcaloide.

Los fármacos que han sido objeto de mayor investigación son: la lobelina, el propanol (Grabowski y Hall, -- 1985); así como la cafeína, anfetaminas y clorodiazepan (Kubli, 1979).

Un estudio llevado a cabo en Nueva Zelandia, a base de pastillas de lobelina en una concentración más o menos fuerte, asegura que la eficacia de este fármaco no está establecida científicamente, y que su éxito depende más de la voluntad del usuario, que del compuesto químico mismo. Aunque puede ser útil asociado a un programa de desintoxicación, no obstante, su uso no está exento de riesgos, y está contraindicado para personas que pade

cen úlcera gástrica y mujeres embarazadas. En dosis muy fuertes, puede tener efectos desagradables como dolor de cabeza, sensaciones de quemadura en la boca, náuseas y vómito (Voz del Consumidor, 1985); (Heinz Stacker y Bartmann, 1977). La efectividad de este alcaloide no ha sido satisfactoria en las dosis recomendadas (Smoking and Health, 1986); al principio presenta gran efectividad, - pero ésta no se mantiene a lo largo del tratamiento.

En el caso del empleo de los otros fármacos contamos con muy pocos datos. Sabemos que Bernstein, (1970) aplicó una terapia de tipo clínico, en la que usó una combinación de métodos en un tratamiento de 10 días. El paciente recibía educación e información respecto a su conducta de fumar, se le explicaban los métodos del tratamiento y se le administraban una o más drogas (cafeína, anfetaminas, lobelina, clorodiazepan (Kubli, 1979); a los seis meses después de haber finalizado el tratamiento, la tasa de abstinencia reportada fue del 60.3 por ciento en 2,271 sujetos; al año el 70 por ciento de los pacientes que habían concluido exitosamente el tratamiento, habían vuelto a fumar (Heman y Herrera, 1979).

El sustituto farmacológico del cigarrillo de más reciente aplicación es la goma de mascar con nicotina, como un medio auxiliar en el tratamiento de la dependencia fisiológica. Se ha demostrado que la goma de mascar, es

lo mejor para ayudar al fumador a cesar abruptamente ya que alivia considerablemente las molestias del síndrome de supresión (Smoking and Health, 1986). Esto se debe a que "la nicotina en pequeñas dosis equivale a las dosis inhaladas en el humo del cigarrillo y tiene efectos estimulantes de corta duración sobre los sistemas activadores del cerebro" (Heman y Herrera, 1979; p. 53). Al mismo tiempo sustituye una actividad oral (Smoking and Health, 1986).

La goma de mascar con nicotina ha dado buenos resultados con fumadores crónicos (Fagerstrom, 1984); (Smoking and Health, 1986). Y en términos generales tiene un efecto significativo a corto plazo. Este método se está llevando a cabo en combinación con técnicas conductuales y está obteniendo resultados alentadores, lo que quiere decir que la goma de mascar con nicotina como auxiliar de una terapéutica más amplia tiene mejores resultados que como tratamiento aislado.

Se ha sugerido también que la goma de mascar podría tener mayor eficacia si, por una parte, se eliminaran los efectos colaterales que un 25 por ciento de los usuarios reportan, como son la molestia bucal y gástrica; así como también si se dan las instrucciones adecuadas al usuario y se tiene especial cuidado en el pos-tratamiento. Wilson y Best (1985), encontraron que cuando los médicos

fueron entrenados para dar instrucciones a los fumadores en el uso de la goma de mascar, los resultados fueron doblemente exitosos (Smoking and Health, 1986).

Un tratamiento novedoso basado en el empleo de nicotina, es la solución nasal (Jarvis, 1985), que al olerla es absorbida más rápida y eficientemente a través de la nariz, que por la boca (Russell et al, 1983); esto significa que esta solución eleva el nivel de nicotina en el organismo a los siete y medio segundos (Jarvis, 1985), - lo más aproximado al nivel alcanzado a través del cigarrillo, que es de siete segundos. Jarvis (1985), señala que 35 por ciento de los sujetos a los que se les administró la solución nasal de nicotina, estuvieron en abstinencia un año, y que reportaron que con la solución, - fueron aliviados los síntomas de supresión. El problema que se presentó en el tratamiento fue la irritación de nariz y garganta, en algunos casos.

6.2 Técnicas para disminuir la adicción psicológica

6.2.1 Técnicas conductuales

a). Métodos aversivos.- El uso de estímulos aversivos para promover un cambio en la conducta han tenido fundamentos teóricos muy sólidos en las intervenciones conductuales, dentro de los modelos operante y condicionamiento clásico. Estos métodos tienen por objeto romper la relación que existe entre la conducta de fumar y

los aspectos positivos asociados con ésta, para que el - acto de fumar se vuelva en si una conducta displacentera (García y Gavaldo, 1986). Las más utilizadas para la eliminación del tabaco son:

- La aplicación de choques eléctricos como castigo, o después del acto de fumar (Powell y Azrin, 1968).

- Saciedad o tabaquismo rápido, es decir, fumar en sucesión rápida varios cigarrillos (Resnick, 1968).

- La sensibilización cubierta (Cautela, 1970); que consiste en que el fumador imagine las náuseas que le -- producirá el fumar excesivamente y que tras evitar esta situación, experimente bienestar.

- La desensibilización sistemática es otra técnica poco popular utilizada por Marston y Mc Fall (1971), mediante reducción jerárquica, en la cual se intenta ir eliminando el proceso a partir del período más fácil.

- El empleo de aire caliente mezclado con humo de - cigarrillos que produce náuseas en el fumador (Schmahl - et al, 1972; Lichtenstein, 1973).

El choque eléctrico no se usa con frecuencia, porque sus resultados han sido poco satisfactorios. El empleo de castigos externos tienen efectos favorables inmediatos, pero al paso del tiempo, se ha comprobado, que - hay una reincidencia considerable (Heinz Stacker y Bartmann, 1977).

El método de saciedad no ha demostrado resultados positivos cuando ha sido aplicado solo. Cuando se ha utilizado en un programa intensivo, con múltiples componentes, los resultados han sido impresionantes (Smoking and Health, 1986).

El tabaquismo rápido es el procedimiento más estudiado dentro de la terapia aversiva, tanto en el aspecto de investigar sus resultados, como en los riesgos de salud. Al principio se encontró que este método era el más efectivo como tratamiento único (Danaher, 1977). Recientes estudios tienden a incluirlo como parte de un paquete de tratamientos múltiples (Smoking and Health, - - 1986).

Las desventajas de la saciedad y el tabaquismo rápido incluyen, entre otras, la necesidad de descartar participantes potenciales, debido al posible riesgo que existe cuando son individuos con alguna enfermedad relacionada al tabaquismo. Los efectos de estos tratamientos traen como consecuencia un aumento en el ritmo cardíaco, de carboxyhemoglobina y el nivel de nicotina en la sangre (Smoking and Health, 1986); además de que puede aumentar el stress del sistema cardiovascular (Puente Silva, 1983).

Sobre la desensibilización cubierta Cautela (1966, 1967); señaló que la evidencia indicaba que el tratamiento

to era efectivo, por lo menos durante un año, sobre todo si éste se combinaba con desensibilización sistemática y se usaba como técnica de autocontrol. Sin embargo, no hay suficiente evidencia experimental que indique los efectos a largo plazo del método de sensibilización cubierta (Psychological Reports, 1970).

Por último, de la desensibilización sistemática hay poca investigación (Heman y Herrera, 1979); y del empleo de aire caliente con mezcla de humo, los resultados de varios estudios indican que el procedimiento es exitoso al finalizar el tratamiento, pero la reincidencia es muy alta pasados tres meses del mismo (García y Gavaldón, 1986).

La retención del humo es una técnica variante de la anterior que contiene aspectos aversivos sin riesgos médicos. Las primeras investigaciones hechas por Kopel y Gols, (1979); indican que el método de retener humo causa un pequeño stress psicológico, pero alcanza un 33 por ciento de éxito en un período de 6 meses. Lando y McGovern (1985), sostienen que este método podría resultar seguro y efectivo, combinado con procedimientos de autoayuda (Smoking and Health, 1986).

Otra variante de la sensibilización cubierta es la sensibilización pública, cuya técnica Marston y Mc Fall (1971); llevaron a efecto en un tratamiento en el que se

pide al paciente que ponga una píldora en su boca, que - al mismo tiempo, cuando fuma produce un sabor desagradable (Berkman Margolis, 1983).

Los métodos aversivos por sí solos o combinados, no han dado los resultados esperados. El riesgo de salud - que algunos representan sumado al aspecto ético o estético de las características aversivas de los mismos, hacen que los pacientes abandonen los tratamientos (García y - Gavaldón, 1986).

b) Autocontrol.- Las técnicas de autocontrol han enfatizado las interacciones causales entre organismo y ambiente; en este caso, el sujeto mismo interviene como agente de cambio, ya que su activa participación implica un impacto real en su propio régimen de tratamiento. A través del autocontrol el paciente puede aprender a dirigir, mantener y coordinar sus acciones sin que tenga necesariamente una supervisión continua. Aquí el terapeuta trabaja en función de que el paciente tenga la responsabilidad de poder controlar y regular su propia conducta (Heman y Herrera, 1979).

Las estrategias de autocontrol son de uso común en las técnicas combinadas. Pueden dividirse en dos categorías: Planeamiento ambiental y programación conductual.

Los procedimientos de autocontrol basados en el planeamiento ambiental consisten en considerar las circuns-

tancias que prevalecen cuando la conducta de fumar ocurre. Hay dos tipos de planeamiento ambiental: El control de estímulos y el manejo de contingencias. El primero se refiere a la importancia de cambiar las situaciones de estímulo que están prevaleciendo cuando se presenta la conducta de fumar. Se considera que esta conducta ha llegado a asociarse con gran variedad de situaciones del ambiente que se han convertido en estímulos discriminativos para la respuesta de fumar (García y Gavaldón, - 1986). Cabe citar dentro de esta categoría un procedimiento llamado reducción jerárquica, en el cual los pacientes registran cuando fuman, las situaciones que acompañan dicha acción, tratando de identificar si la probabilidad de que ésta ocurra, es alta o baja. No se tiene conocimiento de estudios recientes de esta técnica, pero los que se reportan por Gutman y Marston, 1967; y Pienroy y March, (1966); coinciden en que sólo se alcanza una reducción mínima de fumar, al usar este procedimiento (García y Gavaldón, 1986).

El manejo de contingencias como procedimiento de autocontrol consiste en proponer al fumador un contrato como método de control, ya que esto puede representar un fuerte impedimento externo, que le ayude a permanecer en abstinencia, especialmente las primeras sesiones y meses, cuando la reincidencia es más probable. El pacien-

te al principio del tratamiento entrega una cantidad en depósito que puede recuperar, si después del tiempo acordado se mantiene en abstinencia, o por el contrario, perderlo si no cumple con el requisito. Roger Paxton (1983) llevó a cabo tres estudios comparativos con este procedimiento. Uno de ellos consistía en un depósito acumulativo. Los fumadores depositaban en la clínica cada semana la cantidad equivalente a lo que habrían gastado en cigarrillos. Tanto este procedimiento, como los otros dos, fueron reportados por Paxton como desalentadores. También los contratos sociales se utilizan para motivar la reducción de fumar mediante acuerdos por ejemplo, de parejas que fuman, para darse apoyo mutuo y terminar el contrato de abstinencia. Neheims y Lichenstein (1971), reportaron que después de un seguimiento de 6 meses, el estudio de parejas tuvo una reincidencia considerable (García y Gavaldón, 1986).

Como puede verse, los procedimientos de autocontrol necesitan mayor investigación, sobre todo también su combinación con otras técnicas, porque por el momento no de mostrado ser del todo seguros a largo plazo.

La programación conductual se refiere a que el fumador se autogratifique o autocastigue en función de que - si la estrategia controladora que él mismo se ha administrado, es o no exitosa.

El autocastigo forma parte de la programación conductual (Mahoney y Thoresen, 1974). Se llama autocastigo positivo cuando el paciente se priva algún tipo de estímulo positivo, despues de la ocurrencia de la conducta indeseable, que en este caso se refiere a fumar (Heman y Herrera, 1979), y el estímulo positivo puede ser un billete que se quema enseguida de haber fumado un cigarrillo.

No obstante de que el empleo de técnicas de autorrecompensa y autocastigo revelan resultados impactantes, - no pueden tomarse como concluyentes, pues pocos casos se han revisado y el éxito puede deberse a otros factores - que intervinieron en el procedimiento (Heman y Herrera, 1979). Por ejemplo, se ha visto que las contingencias - deben ser suficientemente aversivas o reforzantes para - que puedan producir cambios en la conducta de fumar (García y Gavaldón, 1986).

c) Autorregistro y Automonitoreo.- Las técnicas de autorregistro y monitoreo son utilizadas para educar al paciente. Sirven para facilitar los cambios conductuales, ya que se basan en la propia observación del paciente y el registro sistemático de tales observaciones - - (Puente Silva, 1983).

Las formas de autorregistro como método auxiliar en los programas para dejar de fumar son de gran utilidad y

funcionan como mecanismo de retroinformación; son sencillos y se administran para que el sujeto anote cuantos cigarrillos fuma y cómo se siente al estarlo haciendo (Heman y Herrera, 1979).

d) Reestructuración Cognoscitiva.- Mediante la reestructuración cognoscitiva el sujeto aprende a verse y aceptarse a si mismo sin cigarrillo, ya que éste ha ido integrándose preceptualmente en la estructura del fumador, formando parte de su persona, y para estos sujetos dejar de fumar representa una pérdida importante, difícil de manejar, que frecuentemente lleva a la reincidencia, especialmente en los fumadores crónicos (Puente Silva, 1986).

6.2.2 Procedimientos Diversos

a) Hipnosis.- La versión mejor conocida de este método fue desarrollada por Spiegel (1970), enfocada a promover las sugerencias sobre la salud: "para tu cuerpo, fumar es un veneno.... tu necesitas tu cuerpo para vivir ... tu debes respeto a tu organismo, etc." La técnica también incluía el uso de auto-hipnosis. Con un grupo de pacientes muy motivados se alcanzó en seis meses una abstinencia de 20 a 40 por ciento (Smoking and Health, 1986).

Straatmayer (1982), desarrolló una técnica basada en la hipnoterapia combinada con sugestión, empleando --

fantasías aversivas para el principio del tratamiento y fantasías positivas para la fase postratamiento, para eliminar y mantener la conducta de no fumar respectivamente. Pasados nueve meses se alcanzó un 22.22 por ciento de éxitos, de los 108 sujetos que participaron.

Desde los primeros estudios basados en la hipnosis ha sido difícil evaluar los datos y detalles de los métodos, por la falta de control y seguimientos sistemáticos. Los resultados positivos pueden más bien estar asociados con la inducción individualizada, experiencia del terapeuta o habilidad del paciente para ser hipnotizado (Smoking and Health, 1986).

Las desventajas de la hipnosis son: su costo, ya que implica individualidad, la falta de una adecuada selección de sujetos, así como la alta tasa de abandono del tratamiento (Heman y Herrera, 1979).

b) Acupuntura.- La acupuntura ha sido recientemente estudiada con el propósito de eliminar la conducta de fumar, y aunque sus resultados son impresionantes, su efectividad ha sido discutida (Lichtenstein y Danaher, 1976). Consiste este tratamiento en colocar finas agujas en aquellos puntos sensibles, que una vez estimulados, suele provocar en la gran mayoría de los fumadores un rechazo al tabaco (Garza y Vega, 1983).

Un estudio realizado en Lyon Francia por Cottraux,

Harf, Boissel, Schbath, Bounard y Gillet (1983), con 558 fumadores de 31 cigarrillos promedio al día, los cuales fueron divididos en cuatro grupos: Acupuntura, tabaquismo rápido, placebo y control. Se describe lo siguiente: El tratamiento de acupuntura se hizo de acuerdo al método de Poupy's (1977), tres sesiones semanales de 20 minutos cada una, llevadas a cabo por un experimentado acupunturista, quien aplicaba las agujas simétricamente en los puntos shuai gu y ton zi liao, por espacio de los mismos minutos que duraba la sesión. Al final del tratamiento aunque la acupuntura fue igualmente exitosa que el tabaquismo rápido durante la segunda semana de la fase terapéutica, y entre los 9 y 12 meses contó con mayor número de éxitos, no hubo ninguna diferencia entre acupuntura y placebo, cuya tasa fue del 13.5 al 16 por ciento.

Las desventajas de la acupuntura se asemejan a las mencionadas de la hipnosis en costo y deserción.

c)Relajación.- Los métodos de relajación también se combinan con otras técnicas en algunos programas de tabaquismo. Su uso ha dado muy buenos resultados y se ha generalizado, especialmente en las clínicas de atención al tabaquismo.

Se ha observado que los ejercicios de relajación son eficaces y ayudan a tolerar los momentos difíciles que generalmente acompañan al período posterior a la sus

pensión del cigarrillo. Esto se consigue debido a que se utilizan tres tipos de relajación generalmente en los tratamientos: Relajación respiratoria, muscular y psíquica.

La relajación respiratoria consiste en que la persona inhale profundamente, retenga el aire y exhale lentamente; repita este procedimiento lo suficiente hasta conseguir sentirse relajado y tranquilo. La segunda relajación puede ser de varios tipos, pero la más simple y usual consiste en sugerir al sujeto una posición cómoda y contraer los músculos de todo el cuerpo de manera ascendente, empezando por los pies, poniendo una mayor concentración en la sensación y luego relajando cada músculo. En la relajación psíquica se pide al sujeto se acomode ya sea acostados o sentado, en un lugar adecuado y confortable, cierre sus ojos, visualice imágenes pertenecientes a la naturaleza, asociadas a situaciones placenteras, para que las pueda vivenciar utilizando el poder del pensamiento, cuyo efecto traiga consecuentemente un sentimiento de bienestar.

El objetivo principal de la relajación es que el fumador aprenda con la guía del terapeuta a obtener tranquilidad para que pueda hacer uso de los ejercicios, fuera de la clínica, cuando se presente algún momento difícil respecto a la supresión del cigarrillo (Aragonés, 1984).

d) Suspensión abrupta o gradual.- Todo tratamiento

contempla la conveniencia del abandono gradual o abrupto del cigarrillo, tanto para evitarle molestias al fumador en el período de supresión, como para reducir la tasa de consumo de cigarrillos (Heman y Herrera, 1979).

Los procedimientos más comunes han incluido monitoreo y restricción en tiempo y cantidad de cigarrillos fumados. Azrin y Powell (1968); implementaron un dispositivo mecánico para aumentar el intervalo de tiempo entre cigarrillos. La cigarrera contaba con un "timer" y podía abrirse después de un período específico. No obstante el uso de tal dispositivo, los resultados finales fueron muy pobres (Heman y Herrera, 1979).

Se ha llegado a la conclusión de que en la mayoría de los casos el abandono gradual es menos efectivo que el abrupto (Flaxman, 1976).

e) Psicoterapia y Dinámica de grupos.- Las clínicas especializadas han incorporado como técnica fundamental la terapia de grupo. Esta resulta conveniente desde el punto de vista económico, por ser menos costoso, que un tratamiento individual. Desde el punto de vista psicológico ha demostrado que el fumador encuentra apoyo, identidad, cohesión y una meta en común que puede compartir con sus compañeros de grupo.

La psicoterapia varía en frecuencia y duración y también incluye consejos de higiene y dietética. Casi siem-

pre los grupos son dirigidos por médico y psicólogos, -- aunque algunas clínicas prefieren entrenar exfumadores, que llaman moderadores, para manejar las dinámicas (Garza y Vega, 1983).

Esta categoría, así como los llamados grupos educativos reportan resultados muy alentadores en su evaluación de conjunto, ya que generalmente se acompaña de otras técnicas.

La psicoterapia y dinámica de grupos tienen como ventajas fundamentales, que cuentan con una preselección de sujetos (Heman y Herrera, 1979); casi nunca se aplica sola y puede ser llevada a cabo en cualquier sitio (Garza y Vega, 1983).

f) Medios Masivos.- Se ha demostrado que los medios masivos de comunicación juegan un papel importante para disminuir la prevalencia e influencia en las creencias -- relacionados al uso del tabaco y la salud. El potente efecto de información diseminada por los medios de comunicación, amigos, maestros, colegas de trabajo y familiares, han sido difíciles de demostrar (Smoking and Health, 1986); sin embargo, el hecho de que millones de personas hayan dejado de fumar, ha alentado a los investigadores interesados en el problema de tabaquismo, a poner la mira en tratamientos menos costosos y más abarcativos de -- población.

No tenemos suficientes datos para evaluar estos métodos en la actualidad, pero sabemos que se trabaja intensamente en algunos países en programas a través del radio, televisión, revistas, periódicos, cursos por correspondencia, líneas telefónicas, para responder individualmente los casos urgentes o recibir mensajes grabados.

Los programas diseñados para medios masivos están basados en las técnicas de comunicación social, pero se pretende dar una atención cada vez más individualizada (Smoking and Health, 1986).

g) Métodos de Autoayuda.- Estos métodos incluyen libros, discos, filtros, dispositivos, que brindan al fumador los elementos necesarios para analizar su hábito para poder eliminarlo por sí mismo. Aunque a veces, también sirven para reforzar el período postratamiento de un programa específico.

Un método novedoso fue llevado a cabo por Schneider Benya y Singer (1984), mediante un curso computarizado que generó cartas personales basadas en información enviada por fumadores. Este programa permitía una interacción a través del correo durante cinco semanas, ofreciendo retroalimentación y estrategias para dejar de fumar, basadas en cuestionarios enviados y monitoreo. El nivel de abstinencia se validaba a través de muestras de saliva también enviada por los fumadores a través del correo.

Las conclusiones del estudio revelan que un porcentaje - considerable (89%) de los fumadores prefiere al contacto cara a cara, que el correo; y que también es importante el interés que crea una estrategia de autoayuda con un - mínimo de intervención de tratamiento (Smoking and Health, 1986).

Desafortunadamente, al igual que las técnicas de me- dios masivos, los métodos de autoayuda no cuentan por el momento, con la suficiente valoración a largo plazo.

h) Discusión y Consejo.- La discusión también es un método nuevo y prometedor, ya que consiste en organizar grupos para discutir la naturaleza del hábito de fumar - respecto a factores económicos, pérdida de calidad de vi- da, pérdidas materiales y humanas, discomfort, costos mé- dicos, impuestos. Todos estos factores y su influencia potencial en la salud pública son considerados para alen- tar al fumador a renunciar al tabaco (Schelling, 1986). Los participantes de un grupo de estudiantes discuten - después de ver un video, porque los atletas o ciertas ce- lebridades promueven fumar cigarrillos (Glidden; Whigam, 1987).

Recientemente se ha enfatizado el consejo médico co- mo técnica pre-tratamiento y de apoyo postratamiento. Los médicos juegan un papel muy importante en la elimina- ción del tabaquismo, porque tienen frecuente contacto --

con fumadores hipertensos, obesos, diabéticos, sedentarios, con riesgos cardiovasculares, entre otros. Se ha comprobado que es muy importante para el paciente contar con el involucramiento de su médico en este tipo de tratamiento. Esto le ayuda a tomar la decisión y recurrir a alguna terapia especializada o hacerlo por sí mismo (Anda, Remington, Sienko, Davis, 1987).

Otro modelo importante consiste en una guía práctica para profesionales que tengan que ver con la salud pública, que contiene recomendaciones específicas para motivar a sus pacientes a renunciar al tabaco por ellos -- mismos y cómo elegir el tratamiento intensivo que le resguarde del peligro de recaer. Se sugieren para tal efecto: manuales y guías, referencias sobre alternativas, uso óptimo de la goma de mascar de nicotina.

El consejo y la discusión también son técnicas que pueden aportar mucho más en programas de tipo preventivo especialmente entre jóvenes, niños y aquéllos fumadores motivados para dejar de fumar.

6.2.3. Clínicas Especializadas

Las clínicas especializadas en técnicas para abandonar el tabaco son recomendables, en especial, para personas que tienen un problema específico y ya sea, por convicción o porque se vean obligadas, deben dejar de hacerlo. Tal sería el caso de los fumadores crónicos, perso-

nas que padecen algún trastorno respiratorio o cardiovascular, enfisema, mujeres gestantes, personas que tienen que dejar de fumar urgentemente porque van a ser sometidos a algún tratamiento quirúrgico, o bien sujetos que están expuestos a riesgos profesionales, como es el caso del amianto y otros tipos de productos químicos y polvos que afectan el sistema respiratorio (O.M.S., No. 568, - 1975).

Para cerrar este capítulo es importante señalar que hoy día se emplea como técnica usual, emplear simultáneamente más de un método. Esto se debe a que se ha observado que el método apropiado para abandonar el hábito de fumar, puede variar de un fumador a otro, ya que el grado de éxito va de acuerdo a sus circunstancias individuales como son: naturaleza y grado de dependencia, razones para fumar, tiempo que lleva fumando, edad, costo y medio ambiente (Raw, 1979).

VII TABAQUISMO ACTUAL EN MEXICO

Lo que se hace hoy en día en México, puede que sea insuficiente, pero es alentador pensar que ya se ha estructurado un programa de acción que traerá buenos frutos a mediano y largo plazo. Tal es el caso respecto a las medidas en cuanto a su legislación y reglamentación, así como el apoyo a los programas de investigación y educación para la salud a través del Programa contra el tabaquismo de la Secretaría de Salubridad, que emprendido en 1986, es un avance importante, que pretende coordinar acciones concretas en instituciones públicas y educativas, gobiernos locales y organizaciones médicas.

Sin embargo, para entender la relevancia que tiene el tabaco en la población mexicana es necesario hablar - en términos numéricos.

México contaba en 1984 con 20 millones de fumadores, de los cuales aproximadamente el 60 por ciento es población adulta (Tabaquismo y Alcoholismo, 1986). Alrededor del 48 por ciento de esa misma población padece problemas relacionados al tabaquismo (Navarro y Lara, 1985), 45 por ciento son varones de más de 18 años y 18 por ciento son mujeres adultas también mayores de 18 años (Aragonés, 1984)

En 1984 el consumo de tabaco calculado en México - fue de 50 mil toneladas. El gasto en cigarrillos ese mismo año fue de 43 mil millones de pesos. De acuerdo -

con estos datos la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha calculado que para el año 2000 habrán muerto de cáncer pulmonar 200 mil personas cada año (Tabaquismo y Alcoholismo, 1986).

Existen alrededor de 100 marcas de cigarrillos y el consumo se eleva constantemente. En 1977 el consumo sobrepasaba los 3 mil millones de cajetillas por año. Actualmente el consumo diario es de 39 millones de cigarrillos (Aragónés, 1984). De 1984 a 1985 hubo un incremento de un 20 por ciento en el consumo de tabaco (Puente Silva, 1986).

La edad promedio en que se empieza a fumar en nuestro país es entre los 11 y los 15 años.

Sin embargo, hay que señalar un detalle positivo -- respecto a la actitud de los fumadores encuestados en algunas instituciones para cesar de fumar. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias el 86 por ciento de las personas deseaba abandonar el hábito; en el Instituto Nacional de Perinatología el 95.4 por ciento -- también deseaba dejarlo; y en el Hospital Fray Bernardino Alvarez se encontró que el 90 por ciento manifestaron su deseo de dejar de fumar (Puente Silva, 1986).

A continuación se describen los programas correspondientes a las diversas clínicas de orden institucional y privado con las que afortunadamente cuenta Mexico, para

atacar el problema del tabaquismo:

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias -
(INER)

Antes del tratamiento se seleccionan los pacientes cuya inclusión debe cumplir con ciertos criterios como: ausencia de padecimientos psiquiátricos severos, alfabetismo e historia de tabaquismo de dos años como mínimo. Posteriormente se elige aleatoriamente el grupo, que varía entre 10 y 12 personas.

La terapia consta de 10 sesiones de tratamiento y 6 sesiones de seguimiento (postratamiento). Las primeras se llevan a cabo dos veces por semana, con duración de una hora y media cada una. Las seis sesiones del seguimiento se realizan durante 6 meses: a los 8 días, a las 2 semanas, al mes, 2 meses, 4 meses y a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

Este programa incluye diferentes técnicas: técnicas de terapia conductual como son las técnicas de modificación de conducta, técnicas de autocontrol, autoregistro, relajación, modificación de condicionantes, técnicas de reestructuración cognoscitiva y psicoterapia que utiliza la dinámica de grupo.

El tratamiento combina el área médica y la psicológica. La primera cuenta con profesionales de la salud - que realizan una serie de estudios de laboratorio y de -

gabinete durante el transcurso del tratamiento. La segunda área que tiene lugar a lo largo del tratamiento -- también es evaluada mediante un cuestionario de personalidad y un cuestionario de motivos de fumar.

También cuenta con material educativo audiovisual -- como videocassettes, películas y diaporamas, para que el paciente conozca tanto la etiología, como la fisiopatología de las enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

La clínica del INER también ha anexado en el programa el uso de la goma de mascar con nicotina como sustituto del efecto farmacológico, y de la vitamina C como placebo.

Reporta la clínica que de 1981 hasta finales de 1986 han llevado a cabo alrededor de 950 sesiones de tratamiento y 570 sesiones de postratamiento, con un total de 95 grupos. Entre el 65 y 70 por ciento de los pacientes deja de fumar al finalizar el tratamiento.

Instituto Nacional de Perinatología (INPER)

Este instituto imparte dos tipos de programas: Educativo Conductual y Educación para la salud.

El programa Educativo Conductual consta de 6 sesiones que varían entre 100 y 120 minutos de duración. Se aplica en grupos de entre 5 y 10 pacientes que son mujeres embarazadas y de post-parto. Las 3 primeras sesiones incluye pláticas informativas respecto al hábito de

fumar, repercusiones en la salud, manejo del autoregistro, dinámica de grupo donde se discuten los diaporamas y algunas consideraciones asertivas. A partir de la tercera sesión, que es cuando se suspende abruptamente el cigarrillo, se incluyen técnicas de relajación y se enfatizan las repercusiones en la salud. Un terapeuta y un coterapeuta dirigen el tratamiento y llevan a cabo un seguimiento al mes, 2 meses, 4, 8 y 12 meses.

El programa de Educación para la Salud tiene 6 semanas de duración con un horario de actividades que varía también entre los 100 y 120 minutos. Es similar al programa Educativo Conductual en cuanto a duración, número de participantes, tipo de población, fecha de suspensión y procedimiento de postratamiento, sólo que aquí se enfatiza el aspecto educativo, dando información más amplia sobre los diversos aspectos patológicos, farmacológicos y psicológicos del tabaquismo.

Clinica del Hospital General

El Hospital General cuenta con un programa que se aplica a pacientes con problemas cardiorespiratorios, que son llamados pacientes de "alto riesgo". Los grupos son de 10 personas promedio. La terapia consta de 8 sesiones de 90 minutos de duración, 2 veces por semana y una sesión postratamiento. Al finalizar el tratamiento se llevan a cabo 6 sesiones de seguimiento de una hora, des

pués de 1 semana, 2 semanas, 1 mes, 2, 4 y 6 meses.

En esta clínica se llevan a cabo cuatro tipos de técnicas: Reestructuración Cognoscitiva, Educación para la salud, Reestructuración Cognoscitiva combinada con Educación para la salud y Reestructuración Cognoscitiva combinada con goma de mascar con nicotina. Las cuatro técnicas incluyen métodos de autorregistro, automonitoreo, dinámica de grupo, relajación y ejercicios físico-respiratorios.

Las sesiones son impartidas por uno o dos terapeutas psicólogos, quienes se encargan de que los pacientes además de lograr la eliminación del tabaco, llevan a cabo el proceso de adherencia terapéutica, lo cual significa que dichos pacientes cumplan con las prescripciones recibidas y aprendan a aceptar y manejar su padecimiento, mediante cierta disciplina, tomando sus medicamentos, haciendo ejercicio.

Clínica Libérate del Tabaco

Este método tuvo su inicio hace siete años en el Hospital privado A.B.C., donde se sigue llevando a cabo ininterrumpidamente. Fué diseñado en Estados Unidos bajo el nombre de "Freedom from Smoking". La selección de pacientes no tiene restricción alguna; cualquier persona que desea abandonar el hábito de fumar, es aceptada. Los grupos constan de 10 sujetos promedio. La terapia consta -

de 7 sesiones por semana de tratamiento, con duración de dos horas cada una, excepto la tercera semana que tiene una sesión extra, debido a que en esta semana se lleva a cabo la suspensión abrupta del cigarrillo.

Durante las sesiones un moderador dirige la terapia de grupo y diseña el plan de acción personal, en función de los datos que aportan los pacientes mediante autorregistros y cuestionarios. En la etapa final del tratamiento se realizan ejercicios de relajación y se proporcionan dietas. También se discuten aspectos importantes como: condicionantes del tabaco, motivación para permanecer en abstinencia, repercusiones en la salud.

Actualmente no se llevan registros formales de los grupos, pero se reporta que de acuerdo a un seguimiento de 3, 6 meses y un año, se calcula un 75 por ciento aproximado de éxitos.

Instituto R.O.I.T.

El Instituto Roit imparte un tratamiento de la Clínica médica norteamericana "Smoke Out". De reciente aplicación en México este método consiste en administrar dos inyecciones, una intramuscular y otra subcutánea. La solución inyectable contiene atropina, escopolamina y clorpromazina en una base de xilocaína tiamina, la cual tiende a desplazar la acetilcolina y bloquear la estimulación excesiva de la misma, que produce el síndrome de abstinencia.

cia de la nicotina. El tratamiento propiamente dicho se efectúa en una sola sesión de 2 horas. Aunque antes de su aplicación se realiza al fumador un exámen físico, - historia clínica, electrocardiograma, análisis de sangre y una prueba de funcionamiento pulmonar. Posteriormente se lleva a cabo un seguimiento de 6 meses y se sigue teniendo contacto con el paciente después de abandonar la clínica, a través de llamadas telefónicas y por correo - se le envían folletos y todo tipo de propaganda que lo - motive a continuar en abstinencia.

Se reporta que de noviembre de 1986, fecha en que - se inició el Instituto, han atendido un promedio de 50 - personas, cuya tasa de éxitos alcanza el 92 por ciento.

VIII CONCLUSIONES

- El tabaco ha llegado a considerarse un fenómeno artificial que no responde a una necesidad natural (Sanjuan e Ibáñez López, 1983).

- Actualmente también se considera que es un problema epidémico de gran relevancia que es factible prevenir.

- Dado que la edad clave para comenzar a fumar oscila entre los 11 y 15 años, es necesario incrementar programas dedicados a la prevención dirigidos específicamente a niños y adolescentes.

- No podemos contentarnos con tener gran variedad de técnicas que consigan la abstención total al final del tratamiento, sino más bien hay que redoblar esfuerzos para crear programas de mantenimiento o postratamiento que sean eficaces para evitar la reincidencia.

- Es importante diferenciar patrones de tabaquismo: El individuo que fuma sólo mientras descansa, por los puros efectos satisfactorios producidos por el cigarro, es muy diferente de aquella persona para quien fumar está asociado con muchas otras respuestas.

- El factor fisiológico es determinante en la conducta de fumar, pero los factores psicológicos y sociales aparecen como los de mayor influencia.

- El medio ambiente es determinante en el comienzo del hábito de fumar, pero el comportamiento del fumador responde de manera individual a las necesidades que el -

tabaco es capaz de gratificar (Heman y Herrera, 1979); esto se hace patente en los eventos sociales, donde hay un mayor consumo de cigarrillos. Por lo tanto el factor social es un aspecto del tabaquismo que hay que seguir explorando.

- La experiencia clínica señala que cuando una persona verdaderamente disfruta fumar, es extremadamente difícil que pueda abandonar el cigarrillo (Straatmayer, -- 1984).

- Para muchos fumadores el abandono del cigarrillo está asociado a efectos negativos como subir de peso; lo que indica la necesidad de implementar un programa formal de control de peso, después de haber controlado la conducta de fumar.

- Es necesario desarrollar programas de menor costo, que puedan llegar a un mayor número de personas. En México el 90 por ciento de los fumadores en una serie de encuestas ha respondido que desea dejar de fumar.

- Las revisiones de los trabajos anteriores indican que numerosas técnicas producen resultados similares. Generalmente la mayoría de los tratamientos produce una reducción entre un 30 y un 40 por ciento de la tasa de línea base al final del tratamiento con la mayoría de los pacientes que no alcanzaron la abstinencia total (Eps-tein y Mc Coy, 1975). La tasa de recaídas de los absti-

nentes (aquéllos que no fumaron hasta completar el tratamiento) es de 30 a 40 por ciento de abstención en los 3 meses siguientes con 20 a 30 por ciento de abstención de 1 año a 18 meses de seguimiento (Hunt y Mattarazo, 1974).

- Se argumenta que la abstinencia no es necesaria para la demostración de la efectividad de un tratamiento, pero dicha abstinencia ha sido la meta de todo tratamiento.

- Es necesario hacer un mayor énfasis en la observación de los estímulos que anteceden y preceden al tratamiento, para anticiparse a la reincidencia.

- Es importante poner mayor atención a aquél grupo de fumadores que no han tomado la iniciativa de renunciar al tabaco, pero que con algún estímulo, consejo médico o folleto informativo, se les podría convencer.

- Hay que insistir con algunos programas para aquellos fumadores empedernidos que no quieran dejar de fumar, dándoles instrucciones para reducir la cantidad de humo inhalado, enseñándoles por ejemplo, a dar menos fumadas a cada cigarrillo; alejar el cigarrillo de la boca o dejarlo en el cenicero entre una fumada y otra; dejar colillas más largas; aspirar menor cantidad de humo, fumando cigarrillos bajos en alquitrán y nicotina.

- Para que un programa de eliminación de la conducta de fumar tenga mayor probabilidad de éxito a largo --

plazo deben tomarse en cuenta los siguientes puntos:

1).- Importancia de la selección para determinar si el pronóstico es bueno o malo, evaluando la motivación y grado de dependencia del fumador, - tiempo que lleva fumando, factores de riesgo, etc.

2).- Importancia del apoyo familiar y social que rodea al individuo, además del terapéutico.

3).- Importancia del tiempo de contacto personal. Los tratamientos que tienen un tiempo más prolongado de atención y sugestión terapéutica - son más efectivos (Heman y Herrera).

- Es conveniente adoptar una medida que propone la O.M.S., en cuanto a que el tabaco vaya ganando menos aceptación, aumentando las restricciones, hasta conseguir que se reconozca como norma la abstinición. Si el número de situaciones estimulantes disponibles para fumar son reducidas, la tendencia de los individuos a fumar, también - disminuye.

- La aproximaciones más prometedoras utilizan una - combinación de intervenciones metodológicas tomando en - cuenta los multideterminantes del tabaquismo.

Finalmente en base a lo expuesto anteriormente se - puede resumir que no obstante, la diversidad de los méto- dos y técnicas para dejar de fumar, sabemos que el simple

consejo o advertencia por parte de médicos u otros profesionales de la salud, puede significativamente aumentar la proporción de personas que abandonen el tabaco. Por otra parte, desde el punto de vista del valor comparativo de los diferentes tratamientos, cabe señalar que las personas tratadas - cualquiera que sea el método empleado, consiguen más que las no tratadas, reducir el consumo de tabaco o abandonar por completo el hábito de fumar- (Raw, 1979).

IX BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Alcalay, Rina. "Es mejor prevenir que curar". Un currículo de prevención de tabaquismo para jóvenes adolescentes. O.M.S., Enero, 1985.
- Anda, Remington, Sienk y Davis., O.M.S., 1987.
- Aragonés, Rafael. Videocassette de Tabaquismo, 1984.
- Benjamín, B., "El hábito de fumar en el mundo". Artículo presentado al Comité de Expertos de la O.M.S., que se reunió en Ginebra en octubre de 1978, 107-110.
- Berkman, Margolis, Aida. "Comparación de un tratamiento a corto plazo con uno a largo plazo basados en la - terapia conductual para el control del tabaquismo". Tesis Profesional UNAM, 1983.
- Bernstein, D., The modification of smoking behavior: an evaluative review. En Hunt, W. A. (Ed) Learning Mechanisms in Smoking. Chicago: Aldine, 1970, 3-41.
- Cautela, J. R., "Treatment of smoking by covert sensitization". Psychological Reports, 1970, 26, 415-420.
- Clark, Robert R. "Cigarette smoking in social interaction". The International Journal of the Addictions. No. 13, Nueva York, 1978. 257-269.
- Cottraux, J. A., Harf, R., Boissel, J. P., Schbath, J. Bouvard M., Gillet, J. "Smoking cessation with behavior therapy or acupuncture - A controlled study". Behavior

- Research and Therapy. Great Britain, 1983, 417-424.
- Danaher, B. G., "Rapid smoking and self-control in - the modification of smoking behavior". Journal of consulting and Clinical Psychology. 1977, 45, 1068-1075.
 - Epstein, L. H. y Mc Coy, J. F., "Issues in smoking - control". Addictive Behaviors. 1975, 1, 65-72.
 - Evans, R. R., Borgatta, E. F. y Bohrnstedt, G. W., - "Smoking and MMPL scores among entering freshmen". J. Soc. Psychology. 72, 1967, 137-140.
 - Eysenck, H. J., "Personality and cigarette smoking". Life Science. 1964, 3, 777-790.
 - Fagerstrom, K. O., "Effects of nicotine chewing gum and followup appointments in physician-based smoking cessation". Preventive Medicine. 1984, 13 (5) 517-527.
 - Flaxman, J., "Quitting Smoking". En Craighead, Kazdin y Mahoney. Behavior Modification: Principles, issues and applications. Boston: Houghton Mifflin, 1976, 414-430.
 - García, P. Mónica y Gavaldón C., Héctor. "Tabaquismo: Análisis de tratamientos y descripción de resultados obtenidos a partir de la aplicación de un programa pa ra dejar de fumar". Tesis Profesional UNAM, 1986.
 - Garza de la, Fidel y Vega Amando. "La juventud y las drogas". Edit. Trillas. México, 1983, 25-51.

- Glidden, L., y Whigam, K. "Smokeless tobacco reduction program". Public Health Reports, U.S.A., Vol 102 (1), 1987, 90-95.
- González Galván, Manuel. "El tabaco y las cigarreras mexicanas de oro y plata". Edit. UNAM. México, 1980, 19-32.
- Gordon, W. William. "The treatment of Alcohol (and tobacco) addiction by differential conditioning". American Journal of Psychotherapy. Glasgow, Scotland, 1971, 25, 394-417.
- Grabowsky, J. y Hall, S. M. "Tobacco use, treatment - strategies and pharmacological adjuncts". En Smoking and Health, 1986. U.S.A. 85-1333, 1985.
- Heman, C. Arturo y Herrera G., Fernando. "estudio Comparativo y aplicación de dos técnicas de autocontrol - en la modificación de la conducta de fumar". Tesis Profesional UNAM, 1979.
- Horn, Daniel. "Tabaco y enfermedades: Medidas necesarias". Crónica de la OMS. 31: U.S.A. 1977, 395-401.
- Hunt, W. A. y Matarazzo, J. D., "Three years later: - Recent developments in the experimental modification of smoking behavior". Journal of Abnormal Psychology. U.S.A., 1973, 81, 107-114.
- Hutchinson, R. R. y Emley, G. S. "Effects of nicotine on avoidance, conditioned suppression and aggression -

- response measures in animals and man", in Smoking Behavior: Motives and Incentives, Ed. W. L. Dunn, Jr. Washington, D. F., Winston, 1973.
- Jaffe J. Petersen R. y Hodgson R. "Vicios y Drogas" - Problemas y soluciones. Edit. Tierra Firme. Colección La Psicología y tú. México, 1980, 80-96.
 - Jarvis, M. J. Nicotine Administration via Nasal Solutions. Paper presented at the World Congress on the - Pharmacologic Treatment of Tobacco Dependence, New York 1985, en Smoking and Health, 1986.
 - Kopel, S. A., y Cols. "Smoke Holding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new nonhazardous aversive smoking procedure, 1979. En Smoking and Health, 1986.
 - Lando, H. A., Mc Govern, P. G., "Nicotine fading as a nonaversive smoking". Addictive Behavior. 1985, 10, - 153-161. En Smoking and Health, 1986.
 - 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, 92-98.
 - Lichtenstein, E., Danaher, B. G. "Modification of Smoking behavior". Progress in Behavioral Modification, - 1976. En Smoking and Health, 1986.

- Mahler, H. "Tabaco o Salud, la opción es suya". Crónica de la OMS. Nurs J. India 1980, 139-143
- Mahoney, M. J., y Thorensen, C. E. Self-control: Power to the Person. California: Brooks-Cole, 1974.
- Marston, A. y McFall, R. M. "Comparison of behavior modification approaches to smoking reduction". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 153-162.
- Masironi, R. "Lucha contra el tabaquismo epidémico" In forme del Comité de Expertos de la OMS en Lucha antitabáquica, Ginebra, 1979, 33, 362-366.
- Moerloose de J. "Medidas legislativas de acción contra el tabaco en el mundo". Crónica de la OMS., 1977, 31, 402-413.
- Navarro, R., y Lara M. Asunción. "El libro para que usted deje de fumar". 2a. Edición. Edit. Edamex., México, 1987.
- Organización Mundial de la Salud. "Consecuencias del Tabaco para la Salud". Serie de Informes Técnicos No. 568 Ginebra, 1975.
- Powell, S. y Azrin, N. "The effects of shock as a punisher for cigarette smoking". Journal of Applied Behavioral Analysis, 1968, 1, 63-71.
- Programa Nacional contra el Tabaquismo. Secretaria de Salud. México, 1986.
- Puente Silva, Federico. "Material Didáctico" Facultad de Psicología, 1983.

- Fuente Silva, Federico. "Tabaquismo en México". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. U.S.A., - 1986, Vol. 101, 3, 234-244.
- Raw, Martin. "Tratamiento de la dependencia del tabaco". Crónica de la OMS. Ginebra, 1978. 33, 111-113.
- Resnick, J. H. "Effects of stimulus satiation on the over-learned maladaptative response of cigarette smoking". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1968, 32, 501-505.
- Roger, Paxton. "Prolonging the effects of deposit contracts with smokers". Behavior Research Therapy. Edit. Great Britain, 1983. Vol. 21, 4, 425-433.
- Russell, M. A. H. "The smoking habit and its classification". Symposium on Addiction. Behavior Research and Therapy. Londres 1974, Vol. 212, 791-780.
- Salber, E. J., Goldman, E., Buka, M. y Welsh, B. "Smoking habits of high school students in Newton, New England". Journal Medicine. 1961, 265, 969-974.
- Sanjuan, M. A., e Ibañez, P. "El Tabaco". Edit. Mezquita, España 1983.
- Schneider, S. J. Benya, A. Singer H. "Computerized direct mail to treat smokers who avoid treatment." Computers and Biomedical Research. 1984. 17, 409-418.
- Schubert, D. S. P. "Personality implications of cigarette smoking among college students" J. Consult Psychology. 1959, 23-376. En Smoking and Health, 1986.

- Smith, G. M. "Relations between personality and smoking behavior in preadult subjects". J. Consult Clin. Psychology. 1969. 33, 710-715. En Smoking and Health, 1986.
- Smoking and Health. (A National Status Report). "A Report to Congress". U. S. Department of health and human services, 1986.
- Spiegel, H. A. "A single treatment method to stop smoking, using ancillary self-hypnosis." International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1970. 18, - 235-250. En Smoking and Health, 1986.
- Stacker, Karl H., y Bertmann U. "Psicología del fumar". Biblioteca de Psicología. Edit. Herder, Barcelona 1977.
- Stewart, L. y Livson, N. "Smoking and rebelliousness". J. Consult Psychology. 1966. 30, 225-229.
- Straatmeyer, A. J. "Hypnotic Aversive and Positive Imagery in the Cessation of Smoking and the Maintenance of Nonsmoking Behavior". Journal of Mental Imagery. 1984. 8, (2), 57-66.
- Straits, B. C., y Sechrest, L. "Further support of some findings about the characteristics of smokers and non-smokers". J. Consult Psychology. 1963. 27, 282.
- Tabaquismo y Alcoholismo. "Revista del Consumidor No. 5, 1986. p. 229.
- Tamerin, John S. "The psychodynamics of quitting smoking in a group". American Journal of Psychiatry. U.S.A., -

1972. 129, 101-106.

- Tapia Juayek, Rodolfo. "Tabaquismo". Salud Pública de México. Vol XXII México, 1980. 6, 601-615.
- Thompson, J. Eric. "Historia y Religión de los Mayas". Edit. Siglo XXI. 3a. Edición. México, 1979.
- Tong, J. E., Knott V. J., McGraw D. F., y Leigh G. "Smoking and human experimental psychology". Bull. Br. Psychology. Soc. 27, Canadá, 1974. 533-538.
- Veldman, D. J. y Bown, O. H. "Relationship of cigarette smoking to academic achievement, cognitive abilities, and attitudes toward authority". Multivar. Behavior Research. 1968. 3, 513-517.
- Voz del Consumidor. Revista del consumidor Vol. III No. 2, México, 1985.
- Willard, Nedd. "El tabaco: un toque de alarma al Tercer Mundo". Crónica de la OMS. Ginebra, 1983. 37 (3), 108-112.
- Willard, Nedd. "Tabaco: las últimas boqueadas". Revista ilustrada de la OMS. Enero-Febrero de 1986. 18-23.
- Wilson, D. Best, A. J. "Use of Nicotine Gum in a Primary Care Setting". Paper presented at the World Congress on the Pharmacologic Treatment of Tobacco Dependence. New York, 1985. 3-5. En Smoking and Health, 1986.