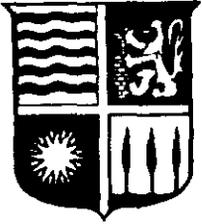


318525
2
2ef



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL



ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1981 - 1986

"ACTITUD DEL TABACOMANO HACIA LA
TERAPIA DE REHABILITACION"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ROCIO ANGELICA LUNA HIGAREDA

ASESOR DE TESIS: LIC. MA. DEL ROCIO WILCOX HOYOS

MEXICO, D. F.

272333

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO

A DIOS *por haberme permitido
llegar hasta este momento.*

A MIS PADRES *por ser la parte
más importante de mi vida
y a quienes dedico esta investigación.*

A MIS HERMANAS *por su apoyo,
su cariño y paciencia.*

A MI TÍO *quien ha sido mi amigo,
el confidente de mi aventura,
a quien debo mi gran apoyo
y a quien quiero mucho.*

A MI AMIGA *que siempre me ha brindado
su apoyo, su paciencia y su afecto
en las buenas y en las malas.*

A MIS SOBRINOS *para quienes espero les sea
de utilidad este estudio y que cuando crezcan
eviten caer en el tabaquismo.*

Y A TODOS AQUELLOS *que fueron directa o indirectamente
partícipes de mi formación profesional y personal.*

Gracias.
ROCIO. ■

*Agradezco enormemente el gran apoyo
que me brindaron mis asesores:*

LIC. MA. DEL ROCÍO WILCOX HOYOS.

LIC. BEATRIZ VÁZQUEZ ROMERO.

El apoyo otorgado

POR LA DRA. GABRIELA MARTÍNEZ ITURRIBARRÍA.

*Gracias a la orientación y conducción
de todos ellos se presenta esta investigación.*

Un agradecimiento muy especial

A LA CLÍNICA DEL TABAQUISMO

DEL INSTITUTO NACIONAL

DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,

quienes hicieron posible

la realización de este estudio.

ROCIO. ■

INDICE

RESUMEN
INTRODUCCION
JUSTIFICACION

CAPITULO I	TABAQUISMO	Pág.
1.1. Antecedentes y conceptos generales		1
1.2. Factores		3
1.2.1 Factores biológicos		3
1.2.2. Factores psicológicos		11
1.2.3 Factores sociales		16
1.3 Consecuencias		21
CAPITULO II	METODOS DE REHABILITACION ACTITUD Y REDES SEMANTICAS.	
2.1 Métodos de Rehabilitación		24
2.2. Concepto de Actitud		37
2.3 Técnica de Redes Semánticas para la medición de actitud		49
2.4 Actitud ante el tabaquismo		55
CAPITULO III	METODOLOGIA	
3.1 Introducción		59
3.2 Objetivos		59
3.2.1 Objetivo general		60
3.2.2. Objetivos específicos		60
3.3. Planteamiento del problema		60
3.4 Variables.		60
3.4.1 Definiciones conceptuales		60
3.4.2 Definiciones operacionales		61
3.5 Muestra		61
3.5.1 Tipo de muestreo		61
3.6 Tipo de estudios		61
3.7 Nivel de investigacion		61
3.8 Diseño de investigación		62
3.9 Instrumento		62
3.10 Procedimiento		62
3.11 Tratamiento estadístico		63

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra	65
4.2 Resultados estadísticos	71
4.3 Interpretación de resultados	79
4.4 Conclusiones.	86
4.5 Limitaciones y sugerencias	88

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

RESUMEN

La presente investigación tuvo como fin conocer la actitud del tabacómano hacia la terapia de rehabilitación, así como qué los impulsa a llegar a terapia para liberarse de esta adicción.

Para ello se trabajó con una muestra constituida, por 70 sujetos en una clínica de Tabaquismo del Sur de la Ciudad de México cuyo tipo de muestreo fue probabilístico y por cuota en un estudio de campo transversal. El nivel de investigación es exploratorio con un diseño de una sola muestra y una sola medición. La recolección de datos se llevó a cabo con base en la técnica de Redes Semánticas para obtener por medio de la memoria semántica de los sujetos, las definidoras para cada palabra estímulo, con su respectiva jerarquización y evaluación. Esta información se capturó para obtener las frecuencias de aparición de cada palabra y la sumatoria de todos los valores obtenidos por cada una.

Además, se realizaron porcentajes sobre los datos sociodemográficos solicitados en el instrumento, descubriendo las características de la población que en mayor y menor proporción asiste a la terapia de rehabilitación, el por qué acuden, que se realizó a través del análisis de contenido de la única pregunta del instrumento, y el conocer qué piensa con respecto al tabaquismo por las palabras definidoras que tuvieron mayores valores J, M, G y FMG, para aplicarlo a las campañas antitabaco adecuadas y en la misma terapia e inducir al abandono. Se encontró que el tabaquismo se inicia en la adolescencia, etapa de la vida propicia en la que se debe instruir para prevenirlo con mayor efectividad, así como la población masculina es la que presenta menor índice de conciencia de enfermedad entre los tabacómanos pues acuden en una proporción menor a rehabilitarse. Parte de la población que también necesita apoyo para dejar de fumar son las personas maduras y senectas en donde es más difícil asimilar el cambio. Los conceptos más importantes que definen al tabaquismo, según la muestra investigada, son enfermedad, dolor y vicio, mostrando malestar hacia su dependencia pero contradictoriamente, también placer. No son ignorantes sobre lo que les produce en términos biológicos, información que ha causado verdadero impacto y reconocen que requieren apoyo psicológico y social pero, en México, aún se ignora que existen terapias de rehabilitación para adictos al tabaco que están al alcance de la población.

INTRODUCCION.

El uso de drogas, especialmente el tabaco, se ha presentado en todos los tiempos y culturas, y no siempre se ha visto aceptado. Pero es en este siglo, cuando se refleja como una realidad grave y penosa en las sociedades consumistas, y gracias al incremento de la población, los problemas que presenta su uso indiscriminado han ido en aumento, por la fuerte dependencia que provoca.

La gran celeridad en que vive el ser humano, próximo ya al milenio, lo hace susceptible de estar en contacto con cualquier adicción por el estrés y la angustia que le produce la excesiva actividad que debe desarrollar. Basta con que esa droga le signifique una evasión, un refugio o una superación fácil para que exista una correspondencia entre las adicciones y las necesidades psicológicas y sociales del ser humano aunque esto implique perder posibilidades e independencia. La ilusión que percibe al fumar tabaco de ser llevado a un remanso de paz y sosiego, de sentirse inmune a todas las solicitudes y ansiedades del mundo exterior, de sentirse estimulado para afrontar todo lo que sin la nicotina le causaría demasiada angustia, se ve transformada con el paso del tiempo y el frecuente uso y abuso de este hábito, en un sujeto que solo piensa en su adicción, que se angustia más por conseguirlo, se hace dependiente hasta provocar, prácticamente, cualquier enfermedad fatal que lo conduzca a la muerte.

Esa autodestrucción es un suicidio lento y progresivo que tarde o temprano presenta sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. (Drogas: Alcohol, Tabaco y Marihuana. Psicología Práctica, 1992).

La nicotina del tabaco fue reconocida como droga hasta la década de los 80's , con base en la gran cantidad de investigaciones que se realizaron y aún se realizan para conocer los efectos nocivos que presenta. No solo repercute en el gasto de conseguir las cajetillas de determinadas marcas, sino que además, se tiene que invertir en el de recuperar la salud del que enferma por este motivo, y que son enfermedades prolongadas y dolorosas. Familiares y amigos viven este drama, si alguno de ellos no enferma también por la misma causa, pues son tabacómanos activos o pasivos. La economía familiar se ve severamente afectada, y como muchas veces ya no se pueden sufragar gastos de esa naturaleza, esos gastos caen sobre el gobierno, porque esos pacientes llega a internarse en hospitales públicos.

En los jóvenes se maneja la idea de integración a grupos para ser bien visto, y aunque existen leyes para moderar el uso de toda esa comercialización, no se le da el adecuado seguimiento para restringirlos.

Ante una adicción tan importante como lo es el tabaquismo por sus repercusiones, se han creado clínicas especializadas en este rubro, en el sector salud, para su investigación y para su control.

El sujeto tabacómano pierde el control de cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia a la droga, vivir para y en función de esta conducta adictiva, etc. Sufre un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para fumar (especialmente cuando la

oportunidad de hacerlo no está disponible); se deteriora su capacidad para controlar su conducta adictiva (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o el nivel en el que ocurre); y presenta malestar y angustia emocional cuando el fumar tabaco es impedido a pesar de la clara evidencia de que le produce graves problemas como adicción negativa, y persiste en ello.

Muchos adictos al tabaco desean abandonarlo pero han creado tan fuerte dependencia física y psicológica que les es imposible dejarlo por sí mismos. Es ahí donde trabajan los especialistas de las clínicas de tabaquismo, con apoyo psicológico y médico, pues ya se han formado muchos grupos que desarrollan terapias grupales para afrontar el abandono, al igual que se dan apoyos importantes con métodos conductuales para modificar la conducta adictiva del tabacómano. Además, se les da múltiple información sobre los problemas que causa el fumar tabaco en todas sus modalidades; se les evalúa físicamente con estudios médicos para analizar el daño registrado hacia el momento en que acuden y junto con la terapia grupal utilizan sustancias sustitutivas como chicles, pastillas o parches de nicotina para que el síndrome de abstinencia que presentan no sea tan fuerte en los primeros días que son los más importantes. Realizan seguimientos a los que ya se consideran exfumadores y se les incita a continuar para no sufrir recaídas. (Tapia-Conyer, 1994).

Las recaídas son otro punto esencial que aún necesita mucha investigación pero se debe considerar que en México tiene poco tiempo la lucha establecida contra esta farmacodependencia.

Los verdaderos cambios que se puedan operar para no mantener esta conducta adictiva van a depender en mucho de los cambios actitudinales de las personas que tengan esta adicción, empezando por sí mismos y el cambio que se pueda dar en su medio social, con la gente que lo rodea, que es donde se comienza con el problema.

Como menciona Becoña (1998), esa "epidemia silenciosa" ya comienza a tener voz entre los miles de personas que piden respeto para sí mismos porque es un gran número de personas que fuma sin hacerlo, y porque los exfumadores se convierten en los más acérrimos enemigos de los que continúan fumando.

La Organización Mundial de la Salud (1974) lucha para que las diferentes sociedades del planeta rechacen al tabaco, y crear más conciencia sobre una de las sustancias, cuya acción lenta e implacable ha producido más muertes que las dos guerras mundiales y cuyo costo, por la atención médica que debe darse a los problemas que ocasiona, se sigue elevando por la gran cantidad de personas que captura esta adicción. En el presente trabajo de investigación, el primer capítulo aborda los antecedentes históricos del tabaquismo, además de los conceptos más utilizados sobre esta adicción. También se habla sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que producen o dan origen al tabaquismo. Las consecuencias de este hábito cierran al capítulo.

El segundo segmento trata sobre los métodos de rehabilitación que existen hoy en día para tratar al tabacómano, con los respectivos apoyos biológicos y psicológicos, junto con otras técnicas que se han desarrollado en conjunto para tal fin. Se mencionan las recaídas en tabacómanos en base a modelos teóricos con sus respectivas terapias. De igual forma, se describen selectivamente,

algunas teorías para definir la actitud, así como sus cambios, el equilibrio que pueden tener, la resistencia al cambio y su enfoque en el mantenimiento actitudinal en teorías como la psicoanalítica y la del aprendizaje. Se desarrolla la evolución que tuvo la teoría cognoscitivista sobre la que se basa la técnica de Redes Semánticas y se explica dicha técnica. Se cierra el capítulo con la globalización de todos los incisos para poder entender la actitud ante el tabaquismo en este momento en nuestra sociedad.

En el tercer capítulo se explica la metodología utilizada para obtener los datos que explican la actitud del tabacómano para acudir a los métodos de rehabilitación con que cuentan las clínicas especializadas en tabaquismo en México, con base en un instrumento psicológico que surge de las teorías cognoscitivistas sobre memoria semántica para obtener las redes que aportan los resultados.

En el cuarto capítulo se abordan los resultados en la aplicación de la metodología descrita en el capítulo III, incluyendo las gráficas y porcentajes de los que se obtienen datos importantes que servirán para mejorar la forma en que se pueda captar más personas con este hábito, y las que se puedan canalizar mejor o las que necesiten otra manera de ayuda para crear conciencia de abandono de una adicción tan perjudicial como lo es el tabaquismo.

JUSTIFICACION

No hay quien no haya visto morir a alguien muy cercano por una enfermedad relacionada con el tabaquismo, o que observe los problemas que va ocasionando en la gente que le rodea.

En la actualidad, aunque ya la nicotina es considerada como una de las drogas más potentes, es junto con los demás elementos activos del tabaco que se convierte en veneno y puede causar muchos estragos en el organismo.

La adicción física y psicológica deben ser tratadas en forma conjunta con más firmeza. Aunado a esto, la aceptación social de la que goza, gracias al empuje dado por la mercadotecnia más los fuertes intereses creados alrededor de esta industria, lo hace todavía más difícil.

Se empieza a concientizar a la población mexicana sobre los graves daños del tabaco, y sobre el respeto que se le debe a la gente que lo consume pero aún falta más propaganda al respecto.

El sector salud tiene que invertir grandes sumas para los miles de éstos que ahora sufren las consecuencias de su adicción, y está intentando atraer a los fumadores a que participen de las terapias de rehabilitación diseñadas con base en los resultados obtenidos con sus pacientes. Se promueven basándose en datos que les ayudan a atraer a los tabacómanos que asisten por cuenta propia, saber qué los hace reaccionar a concientizarse de tener un problema que deben atender.

Precisamente, al preguntar qué aspectos del tabaquismo les servirían más para cooperar con apoyo de investigación para la clínica de tabaquismo, uno de los puntos que se expuso fue el de conocer porqué acudía la gente, qué los impulsaba a acudir a rehabilitación.

Actualmente, ante las fuertes campañas de la industria tabacalera, también ha surgido por parte de las instituciones de salud pública, en especial, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, otra campaña que con igual fuerza rechaza el tabaquismo en la población mexicana y los insta al abandono para mejorar la calidad de vida tanto del tabacómano como de todas la personas que lo rodean. Esta propaganda utiliza todos los medios de comunicación que están a su alcance. Además, asisten a desarrollar conferencias sobre lo que sucede con el tabaquismo y el apoyo que pueden brindarles al lugar donde les permiten llevarlo a cabo, y otra serie de actividades para crear conciencia en la gente que tiene esta adicción, dando la bienvenida a toda aquella investigación que favorezca este proceso.

En las grandes urbes sobrepobladas ya se vive una elevadísima contaminación ambiental como para emitir otra igual de dañina como son los mismos contaminantes del tabaco que llegan al interior de los lugares de trabajo, escuelas, de lugares públicos y, principalmente, de los hogares.

La educación antitabaco comienza por los adultos actuales para que en los que lo serán en lo futuro ya no tengan tantos problemas como los que ahora se sufren.

El tabaquismo es una forma de suicidio inconsciente que aunque trabaja lentamente es muy seguro el daño físico irreversible que provoca, en conjunto con las limitaciones sociales, psicológicas, etc que presenta.

Es el momento de evitar que millones de personas sufran a futuro lo que ahora están padeciendo otras tantas a consecuencia de una adicción como ésta.

Se reafirma la presente investigación que la adolescencia es la etapa ideal por sus características para iniciarse en el hábito tabáquico por lo que se sugiere que la educación para evitar esta adicción se debe empezar por el hogar y después por la escuela, desde pequeños para informarlos sobre las consecuencias de fumar, con el mismo énfasis con el que se trata de evitar a las drogas ilegales.

Mejorar el uso del lenguaje en el manejo de las campañas utilizando la palabra adicción y no la de vicio que es la que usa la gente para hablar de una droga tan potente como lo es la nicotina del tabaco, como para tratarla más suavemente. Por lo mismo se denomina tabácomano al adicto a esta droga en este estudio.

Se debe capturar a la población masculina que es la que en menor proporción asiste a rehabilitación, quizá asistiendo a dar orientación en sus sitios de trabajo. De igual forma se debe considerar a las personas maduras y senectas que por el tiempo que tienen de fumar y la elevada cantidad de cigarros que consumen más se incrementa su renuencia al cambio como principal característica de esta etapa de la vida, los hacen más difíciles para inducir al abandono del hábito.

La gente que asiste a rehabilitación se sabe enferma pero no sabe porqué lo está, y en muchas ocasiones los médicos son un conducto para crear conciencia de abandono en los pacientes pero no los envían a rehabilitarse.

Incluso se llega a sugerir que se intente con terapias similares a las de Alcohólicos Anónimos pero adaptadas al tabaquismo por la eficacia que han demostrado tener con esa droga.

Esta investigación solo se limita a aproximarse al problema en base a la técnica de redes semánticas que se desarrolla sobre el enfoque cognitivo de la psicología con importantes estudios sobre inteligencia artificial y la aplicación de supuestos cognitivos a la psicología clínica aplicada. Las investigaciones sobre el procesamiento de la información con ordenadores llevaron a compararlo con el funcionamiento de la mente humana, con cómo procesa la información un sujeto. Los estímulos llegan al organismo y a la mente, los transforma y los elabora para que el sujeto pueda emitir una respuesta. La elaboración consiste en que el organismo identifica los estímulos, los clasifica, combina, almacena, etc., de modo que los transforma para convertirlos en algo útil al individuo y esa elaboración requiere de procesos de atención, percepción, selección, imaginación, pensamiento, etc.

Así pues, estudia la organización de los procesos cognitivos y la de sus contenidos.

En base a esto, se desarrolló una técnica que permite conocer esos procesos como redes utilizando la memoria semántica de los sujetos. Los conceptos verbales se encuentran concentrados en una gigantesca red de información ordenada e interconectada, en forma jerárquica y lógica.

El instrumento realizado de acuerdo a esta técnica, permitió obtener análisis cuantitativos y cualitativos de la forma en que los sujetos tienen representado en su memoria al tabaquismo, lo cual permite conocer qué hace acudir a la gente a

rehabilitarse y dar paso a que se obtenga más información que ayude a prevenir esta gravísima adicción.

CAPITULO 1

CAPITULO 1
TABAQUISMO

1.1. Antecedentes y Conceptos Generales.

Los antecedentes históricos del tabaco se remontan a la época del descubrimiento de América, aunque ya los pueblos del continente americano usaban las hojas del tabaco con fines religiosos y médicos, y su nombre varía según el lugar: cohiva o cojiva en el Caribe; Kuts los mayas; picietl y quauhyetl los aztecas; saiti los incas; vuri en Colombia; petum en Brasil y uppowoo en Virginia. (Pardell, Saltó, Salleras, 1996).

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana pues deriva del artilugio que los nativos utilizaban para aspirar el humo producido por la combustión de hojas secas, el cual tenía forma de Y, con una extremidad bifurcada que introducían en la nariz, y al que denominaban tubaco, y se sabe que entre los nativos americanos contaban con rituales propios, en virtud de los cuales se invocaba a los dioses. A pesar del significado religioso que los indígenas le dieron, el empleo medicinal del tabaco era múltiple: además de usarse como agente terapéutico y desinfectante, mezclado con otras hierbas se utilizaba para aliviar el asma y el catarro. Para los caribes, las hojas machacadas del tabaco servían como antídoto, en tanto que los antiguos mexicanos lo consideraban un remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico. También era usado en grandes festividades como rito de iniciación, alianzas o adivinación.

Cristobal Colón recibió entre los presentes que los indígenas le dieron, hojas de tabaco. Los frailes franciscanos hacen alusión a indígenas con un tizón en las manos en los que metían hojas secas y aspiraban, ya encehdidos de una punta, para meterse el humo por la boca, en una actitud muy común. Algunos españoles empezaron a probar de ello, y al reprimirles expresaban que no podían dejar de hacerlo porque les producía placer y evitaban el cansancio.

Por esta razón, los españoles contribuyeron a su propagación en Europa, pero fueron los portugueses los que introducirían la planta en Africa y Asia. (Rico, 1990).

Fue el español Francisco Hernández, médico de cámara del Rey, quien en 1558, oficialmente, introduce la planta de tabaco a España para un estudio de productos de México encargado por Felipe II. Este hecho desencadena una serie de estudios por parte de otros investigadores españoles de la época que le otorgan al tabaco la categoría de panacea universal en un coro de alabanzas hacia la planta.

El inicio de la aceptación por parte de la nobleza y cortes de Europa lo da el embajador francés en Lisboa, Jean Nicot, quien en 1560 envía a su soberana, Catalina de Médicis, una hojas de tabaco molidas (rapé) para aliviar sus migrañas. La reina quedó encantada y fue tan grande la influencia de estos personajes para la propagación del uso de este producto, que Nicot aportó su nombre al genérico de la planta en la clasificación botánica (Nicotina tabacum).

Así, el tabaco en forma de rapé o fumado en pipa se seguiría extendiendo en el resto de Europa. En Inglaterra, fue Sir Walter Raleigh quien lo difundiría, aunque en forma más popular, en pipa. Los comerciantes portugueses e ingleses, así como algunos holandeses lo llevaron hasta los Balcanes., Persia, India, Java, China, Japón y Africa. Inglaterra, donde se propagó con mayor rapidez, lo introdujo a Turquía, Rusia, países escandinavos, Holanda y Alemania.

Ya para principios del siglo XVII, algunos científicos iniciaron una campaña en la que negaron las virtudes curativas del tabaco, aunque por la difusión tan rápida, mucha gente se encontraba capturada por el hábito de fumar y sumergida en el vicio, por lo que el rapé sustituyó un buen tiempo la modalidad de fumarlo. Además este floreciente negocio no pasó inadvertido para los gobiernos, quienes vieron una suculenta fuente de ingresos para el erario público con los impuestos, y el otorgamiento de monopolios. De este modo, se convirtió en una fructífera industria.

Gobiernos como Inglaterra, Dinamarca, Turquía, Persia, India, China y Rusia, impusieron severos castigos para los fumadores. La oposición religiosa también se presentó, pues en 1725 *Benedicto XIII revocó la prohibición dictada por Inocencio X*, que castigaba con la excomunión al que se atreviera a usar tabaco, en cualquiera de sus formas. Esa oposición se debilitó con el correr del tiempo para dar paso a un consumo libre del tabaco. (Houser, 1990).

Ya en la Revolución Francesa decayó la popularidad del rapé y surgió una moda que se fue imponiendo gradualmente: el puro que se popularizó entre los fumadores de la época; sólo competía con la pipa que entonces alcanzó su auge.

El puro se asocia a España y su uso se redujo durante mucho tiempo a este país, hasta que en Alemania se empezó a producir para consumo de ese mercado y el de Italia. Comenzó lentamente y se fue generalizando en Europa Central para quedar en el gusto, sobre todo, de los mismos alemanes. Hacia 1814, entró a Inglaterra como consecuencia de las guerras en España donde se mezclaron soldados ingleses, portugueses y españoles.

Durante el siglo XIX se introduce el cigarro. Se cuenta que en la guerra entre Turquía y Egipto (1832), una granada turca destruyó las pipas de unos soldados egipcios, a los que se les ocurrió la idea de rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, surgiendo el primer cigarro. Los turcos los imitaron y los ingleses, durante la Guerra de Crimea (1856), importaron a su país esta nueva moda. Por la popularidad que adquiere, en 1856 aparece la primera máquina manufacturera de cigarros que los hacía casi perfectos por su versión reducida del puro, cubierto de papel, su apariencia más fina y delicada; además, permitió que se produjera en gran escala y a bajo precio.

Tras las dos guerras mundiales, en el siglo XX, se constataría el auge del hábito de fumar cigarros con un éxito rotundo entre hombres y mujeres, al demostrar que era una verdadera necesidad del género humano. Actualmente, es la forma más común de consumir el tabaco y alrededor del cuál se ha creado una gran industria. Con esto, también se realizaron y continúan llevándose a cabo las investigaciones científicas sobre lo que implica el hábito del tabaco. (Pardell, et. al., 1996).

La revisión histórica permite analizar que en las culturas prehispánicas el tabaco ocupó un lugar importante en los ámbitos socioeconómico y cultural, y jugó un papel importante en la medicina. Por los múltiples usos que se le dieron, incluso

ya al final del siglo XVIII. fecha en que se inicia un incremento en la producción, uso y abuso, se origina su industrialización y diseminación en todo el orbe. Quizá, sea la planta más controversial de que se tiene memoria, la más vilipendiada, la más utilizada, y la que ha generado, inicialmente, una fuente de divisas importante, para dar paso a una erogación impresionante como causa de enfermedad. Si bien, en la actualidad ha generado problemas de salud y es fuertemente atacada, no se debe perder de vista que en algún tiempo y en algún lugar su función fue, sobre todo, ritual y medicinal y que, probablemente, lo que se ve hoy en día, sólo sea el resultado del abuso indiscriminado de una planta "mágica y misteriosa" cuyo único pecado es estar cobrando su factura. (Rico, Chapa, 1997).

En la presente investigación se utilizarán algunos conceptos que se asocian al tabaco, y son los siguientes:

FUMAR.- Acción de encender un cigarro y aspirarlo.

FUMADOR.- El que realiza la acción de fumar.

TABACOMANO.- Término que denotará la adicción al tabaco de un sujeto, pues presenta una fuerte necesidad física y psicológica de continuar fumando.

" Persona que fuma tabaco" (Díaz, 1997, pág. 32).

ADICCION.- Es " el estado de hallarse entregado a un hábito especialmente la fuerte dependencia a un fármaco.... Farmacológica, estado de fuerte dependencia a un fármaco, definido por algunas autoridades como un estado de dependencia física caracterizado por la tolerancia y abstinencia, y por otros factores en un sentido más amplio que incluyen también la dependencia emocional.... También denominado abuso o habituación ". (Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Porland, 1992, pág. 46).

NICOTINA.- Sustancia activa del tabaco que crea fuerte adicción física.

TABAQUISMO PASIVO.- Significa un individuo no tabacómano que está expuesto en forma involuntaria al humo que otros emiten en un ambiente cerrado, lo que propicia la aparición de enfermedades en una magnitud casi equiparable con las que padece o puede sufrir el tabacómano. (Houser, 1990).

El tabaquismo se ha constituido, hoy en día, en uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial y una de las primeras causas de mortandad para la humanidad, representando quizá, el nerviosismo de este siglo en que impera la impaciencia y donde se vive muy de prisa.

1.2 Factores.

1.2.1 Factores biológicos.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, originaria de América. La que es más utilizada es la de la especie *Nicotiana tabacum* L. cuyo cultivo se ha extendido por el mundo entero. Su cultivo no es fácil pues exige muchos cuidados

y una técnica especial de recolección. Antes de quedar listo para fumar, el tabaco necesita sufrir una serie de procesos.

Estados Unidos es el mayor productor de tabaco en el mundo, después Brasil, y Cuba que es famosa por el cultivo de tabacos para cigarrillos, puros y pipas, los cuales son los de mejor calidad en el mundo.

En México, el tabaco es de buena calidad y su industria ha alcanzado gran desarrollo. Los Estados del país en que mejores cultivos se dan son Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Jalisco, Sonora, Nayarit, Michoacán y Guerrero, por cálidos climas.

Esta planta, en sus etapas de procesamiento para convertirse en cigarrillo, ha sido motivo de profundos estudios sobre su aspecto nocivo para la salud por la gran relación que se ha encontrado entre consumo de cigarrillos, puro o pipa, con enfermedades que pueden conducir a la muerte, además de poseer una de las drogas más fuertes: la nicotina. (Rico, Ruiz, 1990).

El tabaco suele consumirse mediante combustión por lo que en el humo despedido se han encontrado más de 4,000 componentes aislados, en los que sólo el monóxido de carbono y la nicotina se pueden medir en miligramos por cigarrillo. El humo es un aerosol, que por un lado origina las sensaciones organolépticas (gusto y aroma) y, por otro, produce los efectos sobre los distintos aparatos y sistemas orgánicos del fumador activo o pasivo. Tiene dos fases: una gaseosa y otra sólida o particulada; aunque sus características dependen no sólo de la estructura del mismo tabaco, sino también de la densidad con que se empaca, la longitud de la columna envolvente, las características del filtro, el papel y la temperatura a la que se quema. (Pardell, et. al., 1991).

En su fase gaseosa destacan los siguientes componentes:

- Monóxido de carbono.
- Anhídrido carbónico.
- Oxidos de nitrógeno.
- Amoníaco.
- Nitrosaminas volátiles.
- Cianuro de hidrógeno.
- Compuestos volátiles azufrados.
- Nitritos y otros compuestos nitrogenados.
- Hidrocarburos volátiles.
- Alcoholes y aldehídos.
- Cetonas (acetaldehído, formaldehído, acroleína).

Es en esta fase donde se hacen presentes nicotina, agua y alquitrán (que consiste en hidrocarburos aromáticos policíclicos, algunos de los cuales son carcinógenos documentados). El alquitrán contiene muchos otros elementos, que incluyen iones metálicos y varios compuestos radiactivos.

Los elementos, que según estudios, más pueden contribuir a dañar la salud por fumar, son el monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán. De los que se cree que probablemente lo causen, están: la acroleína, el ácido hidrocianico, el óxido

nítrico, el dióxido de nitrógeno y los cresoles y afeoles. De los que se sospecha riesgos para la salud: acetaldehído, acetona, acetanitrilo, acrilohitrilo, amoniaco, benceno, butilamina, dimetilamina, DDT, endrina y furfural, entre otros. Hay otros componentes que son parcialmente tóxicos, pero sus concentraciones son muy bajas.

El contenido de nicotina en los cigarros es de 2% en general y es un alcaloide líquido con base volátil, incolora, que se hace parda y toma el color del tabaco al ponerse en contacto con el aire; también es soluble en el agua. La nicotina se absorbe en el tracto respiratorio, mucosas bucales y piel.

Por ser una base fuerte, su absorción en el estómago es mínima, a menos que aumente el pH intragástrico. En el intestino se absorbe mejor y en el hígado se metaboliza del 80% al 90% de la nicotina, con pequeñas fracciones en pulmones y riñones.

Posterior a su inhalación o administración, la vida media de la nicotina es de 30 a 60 minutos; es eliminada por los riñones y pulmones, y su velocidad de excreción depende del pH urinario. También puede eliminarse por la leche materna hasta 0.5g por litro provocando trastornos en el recién nacido. (Houser, 1990).

Los estímulos sobre el sistema nervioso periférico representan la suma algebraica de efectos estimulantes y depresores, resultado de la acción directa de la nicotina sobre los ganglios autónomos y los mediadores químicos que pueden producir aumento en la frecuencia cardíaca y elevación en la presión arterial. Su efecto sobre el Sistema Nervioso Central puede producir temblores y hasta convulsiones y sobre el centro respiratorio, a dosis altas, aumenta la frecuencia respiratoria y puede llegarse a paro respiratorio.

No es desconocido que es una droga que excita pero también provoca patrones de depresión, y junto al monóxido de carbono, produce hipoxia cerebral.

Otros efectos de la nicotina pueden ser: náusea, e incluso vómito.

En el corazón, aumenta la frecuencia cardíaca y provoca insuficiencia y poco riego sanguíneo en partes distales como manos y pies, insuficiencia cerebral, arterioesclerosis, y más enfermedades incapacitantes. (Díaz, 1997).

CAVIDAD BUCAL

En la boca, produce pigmentación dentaria que va desde el amarillo al negro, según la cantidad de tabaco fumado, caries, inflamación de encías (gingivitis), destrucción ósea del proceso alveolar (periodontitis). Tiene mucho que ver, los hábitos higiénicos del tabacómano para que éstos procesos se den lenta o rápidamente.

La lengua puede padecer una afección llamada lengua pilosa donde crece el tamaño de la papila y varía su color de pardo a negro, con sensación de ardor.

En la mucosa bucal salen manchas blancas (leucoplasia), y puede convertirse en una lesión maligna. Facilita de igual forma, la aparición de candidiasis, lupus eritomatoso y todo tipo de quemaduras que se manifiestan como manchas blancas. Otras enfermedades bucales que se relacionan con el tabaco son: la estomatitis nicotínica que provoca primero enrojecimiento en el paladar y llega a un tono blancogrisáceo donde pueden aparecer fisuras y grietas que producen nódulos con un punto rojo brillante en el centro por la apertura de los orificios de

los conductos de las glándulas salivales palatinas; y el cáncer bucal que se puede presentar en labios, lengua, piso de la boca, paladar, encía, y mucosa de carrillos. Por lo general este último tiene un pronóstico muy malo y se debe aplicar, sin tardanza, un tratamiento. (Rico, Ruíz, 1990).

APARATO DIGESTIVO.

El tabaquismo podría ser un factor determinante en problemas de reflujo gastroesofágico, y duodenogástrico pues el efecto de la nicotina disminuye la acción del píloro y facilita el paso de sales biliares, enzimas pancreáticas y fosfolípidos que son nocivas para la mucosa esofágica y gástrica, causándoles lesiones importantes.

Muy relacionado al tabaco está el cáncer de esófago y laringe, que junto con alcohol potencializan ese riesgo.

Diferentes investigaciones han encontrado una importante incidencia de úlcera péptica y duodenal en tabacómanos en los que se desarrolla con mayor frecuencia, quizá por el aumento en la segregación de jugos gástricos y que en el duodeno disminuye el ph por inhibir las secreciones pancreatobiliares para neutralizar al ácido que llega al duodeno.

También se ha hallado una fuerte relación con las hernias, en especial la hernia hiatal.

Al administrar nicotina a animales de experimentación, se observó que produce una relajación en el músculo, circular y longitudinal del intestino delgado y colon descendente. Y puesto que la disminución en la actividad contráctil del colon distal favorece el paso de la materia fecal a través del órgano, esto puede explicar el estímulo a la defecación que se produce al fumar.

Sin embargo, hay investigaciones clínicas que sugieren que el tabaquismo está muy ligado a los problemas de colitis en intestino grueso, sobre todo, de colitis ulcerosa clínica inespecífica, aunque aún no especifican cuál componente del tabaco puede producirla.

En relación al hígado, el cigarro tiene efectos importantes en el metabolismo de fármacos, ya que entre los múltiples componentes del tabaco, varios de ellos interfieren en distintas vías metabólicas, lo que puede producir hipoxia del hígado.

El tabaquismo se ha asociado con el cáncer de páncreas por su mayor aparición entre fumadores, más que entre los que no fuman. Esto se debe a la cantidad de elementos carcinógenos que contiene el cigarro, entre ellas, las nitrosaminas.

El colesterol, es otro de los factores que tiende a elevarse con el consumo de cigarrillos, incluso en aquellos que están expuestos al humo del tabaco.

En promedio, los fumadores tienen un peso menor que el de los no fumadores, y se sabe que el sujeto que abandonó el hábito de fumar tabaco, tiende a aumentar de peso. Esto puede deberse a que el tabaco cambia el sentido del gusto y altera los sabores por lo que reduce el apetito y la ingesta de comida. Además, está comprobado que el tabaco consume más calorías, ya sea por alteraciones en las vías metabólicas, o bien por deficiente absorción intestinal. Se sabe que fumar aumenta el consumo de oxígeno del sujeto, y en esto se basa lo anterior.

VIAS RESPIRATORIAS

En los cilios de la nariz se observan modificaciones en los tabacómanos. Son más cortos, existe incoordinación en sus movimientos y, en algunos sitios, hasta se pierden cilios. Se inflaman las células basales y hay atipias celulares.

En la mucosa, se obstaculiza el aclaramiento mucociliar lo que provoca que los microorganismos permanezcan más tiempo dañando esa área y se pierdan las propiedades relacionadas con la defensa nasal.

Los efectos que produce en la voz el fumar cigarros, son más notorios en las mujeres que en los hombres, por el tono natural suave de unas y el tono grave de voz de los hombres. Aquí, el humo del cigarro irrita los delicados tejidos de la laringe, en especial, el alquitrán. Otra parte irritada, son los delicados tejidos de la nariz y de la faringe, incluyendo el órgano del olfato, lo que hace que haya escurrimiento nasal, muy común, en los fumadores al despertar en las mañanas.

Se pueden dar posibilidades de desarrollo de cáncer nasofaríngeo, el cual es irreversible, transmisible a la célula progenitora en el lapso de algunas horas. Los efectos aparecen en meses o años de exposición al tabaco.

De igual modo, puede aparecer cáncer en la laringe, aunque en este caso, la unión de tabaco y alcohol es el factor que desencadena el problema según estudios realizados en esta área.

La bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el asma se agrupan en lo que se conoce como Enfermedad Obstructiva Crónica (EOC), y son las que ya el público sabe están muy ligadas al hábito de fumar, (de 80 a 90%) irintensamente a la gran cantidad y variedad de contaminantes atmosféricos y al abuso de antibióticos, lo que ha creado resistencia en cepas bacterianas, ahora más resistentes y agresivas.

La bronquitis crónica se caracteriza por hipersecreción bronquial, crónicaocurrente, tos productiva crónica con expectoración de moco o moco purulento debido a la hipertrofia o hiperplasia generalizada de las glándulas bronquiales.

El enfisema es un crecimiento anormal de los espacios aéreos distales a los bronquios terminales, relacionado con la destrucción de las paredes alveolares. La limitación del flujo de aire se produce a causa del colapso de las vías respiratorias pequeñas, producida por la pérdida de la retracción elástica del parénquima pulmonar, que ayuda a mantener la permeabilidad de los bronquios pequeños.

El asma es el aumento en la respuesta del árbol traqueobronquial a diversos estímulos, incluido el tabaquismo, y se manifiesta con un estrechamiento difuso y reversible de las vías respiratorias, en forma espontánea o como resultado de fármacos específicos. Se debe a la combinación de un taponamiento mucoso en vías respiratorias, hipertrofia y constricción del músculo liso, hiperplasia de las células calciformes y edema mucoso difuso.

Entre los padecimientos más recurrentes, causados por el tabaquismo además de los que conforman la EOC, está el cáncer pulmonar con el que, al momento de ser diagnosticado, el promedio de sobrevida es de 6 a 9 meses, porque es muy difícil detectar el problema, pues aunque se realicen mediciones radiológicas seriadas, tarda de 8 a 10 años para que una célula tumoral sufra las 20 a 40 duplicaciones

necesarias para formar un nódulo de 1 cm, que sea visible en una radiografía de tórax (Sherill, et. al, 1994).

APARATO CARDIOVASCULAR

Aunque el público está enterado de las afecciones que pueden aparecer con el tabaquismo, continúan haciéndolo, pero ignoran realmente, la gravedad del problema.

Desconocen el efecto adictivo y sinérgico que tiene el tabaquismo respecto a la hipertensión y la hiperlipidemia, que constituye una de las causas más importantes y previsible de muerte prematura reconocida por la OMS. (Excelsior, 1998); y que es factor etiopatogénico en la aparición de muerte súbita, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral y accidente vascular periférico, padecimientos que generan invalidez o deterioro económico en plena etapa productiva del individuo, lo cual repercute en el núcleo familiar.

A la nicotina y al monóxido de carbono del humo del tabaco se les adjudican los principales efectos deletéreos sobre el aparato cardiovascular.

Está documentado que fumar puede elevar los niveles de colesterol (hipercolesterolemia), los de azúcar (hiperglucemia), y los de urea (hiperuricemia), sobre todo si se tiene hipertensión. Con la elevación del colesterol, el tabacómano corre el riesgo de sufrir aterosclerosis coronaria.

El fumar genera un incremento de la presión arterial sistémica de 10/8 mm Hg que dura unos 15 minutos, incrementa la frecuencia cardíaca (de 10 a 25 latidos por minuto) y el nivel plasmático de catecolaminas. La disnea y la extremidades frías son más frecuentes en los tabacómanos.

La nicotina activa al sistema nervioso simpático al aumentar la producción de catecolaminas; así mismo, induce la liberación de noradrenalina en los centros hipotalámicos del placer, lo que probablemente explique por qué se establece la adicción al tabaquismo.

La temperatura de la piel disminuye de forma paralela a la concentración plasmática de nicotina. (Rico, Ruiz, 1990).

SISTEMA NERVIOSO

La nicotina penetra rápidamente en el cerebro donde aumenta y libera acetilcolina, catecolaminas (norepinefrina, epinefrina y dopamina), vasopresina, hormona de crecimiento, prolactina y opiodes endógenos. Tiene un efecto directo en el área quimiorreceptora del bulbo para inducir la náusea. Todo esto influye en la conducta y el estado emocional del tabacómano.

El fumador aduce que el hábito le produce un mayor estado de alerta, particularmente con los primeros cigarros del día, así como relajación, en especial frente a situaciones tensionales. Quizá esta reacción la provoca la excitación cortical que produce el fumar porque mantiene una frecuencia alfa elevado lo que le da tiempos de reacción más rápidos.

Se sabe que la nicotina es una sustancia que crea dependencia, con patrones establecidos y regulares. Otra de sus características es el síndrome de privación al interrumpir el hábito y que origina en el tabacómano ansia, aumento de la tensión.

inquietud, irritabilidad, agresividad, depresión, disminución del estado de alerta, dificultad en la concentración e incremento del apetito. Todo esto comprueba que el Sistema Nervioso Central cambia en respuesta a la nicotina, de tal forma que funciona diferente cuando ésta le falta (dependencia farmacológica). (*Excelsior*, 1998).

" Se conoce que uno de los grupos humanos con mayor adicción al cigarro es el de los enfermos de esquizofrenia. Es excepcional en estos sujetos, el que no fuma en exceso. Recientemente, dos investigadores norteamericanos, Lhor y Flynn, del Depto. de Psiquiatría de la Universidad de California en San Diego, publicaron un trabajo que intentó explicar la naturaleza de este fenómeno. Al parecer, la nicotina es una sustancia química que comparte el receptor cerebral de la dopamina (DA), un transmisor normal del SNC.

Por otro lado, desde los años 60's se propuso que los síntomas de la esquizofrenia obedecen a un defecto en la producción o en la eliminación, de este químico, lo que resulta en una excesiva estimulación del mismo.

Los medicamentos que tienen una acción útil para neutralizar los síntomas psicóticos actúan precisamente bloqueando la acción estimuladora de la dopamina; con ello, ceden los síntomas de locura; el resultado es un bloqueo del receptor. Pero, he aquí que es muy probable que la dopamina sea responsable, también, al menos en parte, de sostener una especie de tono psíquico o estado de ánimo, al juzgar por la acción de algunos antidepresivos, los cuales actuarían, no solamente sobre otros neurotransmisores muy conocidos como la noradrenalina o la serotina, sino también sobre la dopamina. Por tanto, lo que los autores citados han propuesto que el esquizofrénico se autoestimula con el cigarro, por vía de la nicotina, para combatir la depresión de grado diverso que le ocasionan los medicamentos antipsicóticos que debe ingerir". (*Excelsior*, 1994, pág 23 M)

Se sabe que la nicotina actúa en varios niveles del sistema motor. Recientemente se ha demostrado que fumar aumenta la actividad electromiográfica y el tono del trapecio, de tal manera que es difícil predecir el efecto neto de la relajación, contra la tensión muscular observada.

Uno de los padecimientos más frecuentes en neurología es la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) que provoca invalidez y muerte por hemorragias. El tabaquismo es un factor independiente para que se presente este problema.

Otra patología neurológica asociada al hábito tabáquico es el síndrome de ambliopía por tabaco que se desarrolla en pocos días y origina una disminución de la agudeza visual en ambos ojos, lo cual puede llevar a una atrofia óptica irreversible.

APARATO GENITOURINARIO

Existen pruebas fehacientes de que la nicotina es excretada por la orina. Entre el 80 y 90% de la nicotina inhalada y absorbida se metaboliza en el hígado, riñón y pulmón. Tanto la nicotina como sus productos de degradación son eliminados completa y rápidamente por el riñón. Uno de sus efectos sobre este órgano es la excreción anormal de agua por la alteración que produce la nicotina sobre la estimulación de la hormona antidiurética en el sistema neurohipofisiario.

Los problemas cancerosos también aparecen en este aparato como consecuencia del hábito del tabaco. Los más asociados a esta adicción son el cáncer pelvis renal, el cáncer de uréter y el cáncer de vejiga.

Su influencia nociva se extiende a la espermatogénesis, puesto que altera de forma determinante la fertilidad masculina. En la mujer puede provocar cáncer en mamas y útero.

EN EL EMBARAZO

El tabaquismo puede alterar la fertilidad, incrementar la frecuencia de abortos, provocar problemas hemorrágicos, partos pretérmino, niños con bajo peso al nacer y retraso del crecimiento intrauterino; anomalías neurológicas, hipoxia fetal crónica e incluso la muerte.

El hábito de fumar debería ser una contraindicación con el uso de anticonceptivos orales porque algunas investigaciones indican que está asociada a problemas vasculares importantes como hemorragia subaracnoidea (cerebral), y estenosis de la arteria renal (hipertensión maligna).

Está demostrado que el paso de la nicotina al feto es prácticamente directo, favoreciendo que éste "fume" in útero.

De igual manera, al niño expuesto al humo del tabaco, se le causan daños directos a su salud desde periodos tempranos de su vida.

TABAQUISMO PASIVO

Así como fumar origina enfermedades en diversos órganos, hay evidencias recientes que aumentan poco a poco, que demuestran que la exposición involuntaria al humo del tabaco induce la aparición de enfermedades en una magnitud casi equiparable con el sujeto tabacómano.

El humo del cigarro tiene dos corrientes: una central y otra periférica. El Tabacómano aspira las dos, pero el pasivo inhala sólo la periférica, la que en sí misma lleva toda una serie de sustancias cancerígenas. Esto, independientemente de que causa molestia a los no fumadores o fumadores pasivos, también incrementa el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares, y sobre todo, respiratorias.

Los más afectados suelen ser los niños, que viven en un ambiente continuamente contaminado con humo de cigarro, pipa y hasta puro. (Rubio, Fabián, y col., 1995).

La literatura existente sobre los problemas físicos causados por el tabaquismo no es suficiente para que la persona que tiene la adicción, la pueda abandonar pues se mezclan otros factores como los sociales y los psicológicos que se tratarán enseguida.

1.2.2. Factores Psicológicos.

El hábito de fumar se inicia debido a factores psicosociales muy complejos que incluyen, predominantemente, tanto a la aceptación y a la presión social como a la tensión y al ocio, así como los correspondientes reforzamientos derivados fundamentalmente de la publicidad y de la asociación con muchas actividades cotidianas. Una vez que el tabacómano se inicia en el hábito, la nicotina empieza a jugar un papel muy importante en la persistencia del hábito, por los efectos farmacológicos ya descritos, que le crean una fuerte dependencia.

La Dra. Carmen Velasco de Ruiz de Chávez, (Excelsior 14 Febrero, 1994) investigadora del hábito tabáquico y su rehabilitación en nuestro país, indica que la iniciación del tabaquismo entre los niños ocurre por imitación, curiosidad, aceptación social, rebeldía a la autoridad o a la educación adulta, o el ejemplo de padres y maestros. Con este inicio desean parecerse a ellos. En los adolescentes, está demostrado, que fume si sus padres lo hacen.

Debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de individuación y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen, y a la inversa.

El hábito es más frecuente entre aquellas familias en las que los hermanos mayores fuman, por lo que se puede sugerir que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta.

La Clínica del Tabaquismo del I.N.E.R. (1990) menciona que la dependencia psicológica es más difícil de eliminar en muchas ocasiones, que la física, por la asociación de fumar con situaciones gratificantes o relajantes como podrían ser reuniones con los amigos, un momento de descanso durante el trabajo o tomarse una taza de café. Se manifiesta cuando una droga, en este caso la nicotina contenida en el tabaco, se consume de manera compulsiva, aunque no exista dependencia física, y al suprimirla, se siente la necesidad imperiosa de volver a consumir.

Desde el punto de vista conductual, el hábito es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador.

En el caso del tabaco, cada inhalación representa un reforzador y, si se toma en cuenta la cantidad de fumadas por cigarro (de 7 a 10, más o menos) y la cantidad de cigarros por día, se tiene una cantidad enorme de reforzadores lo cual indica que el fumar es una conducta altamente reforzante. Sin embargo, en algunos casos, sobre todo con personas que fuman mucho, no todas las inhalaciones resultan reforzantes, lo cuál podría compararse con el reforzamiento intermitente, que es el más difícil de extinguir o eliminar.

Otro factor que influye en el mantenimiento del tabaquismo es que la solidez y la tasa de aprendizaje aumenta cuando el reforzamiento sigue de cerca a la respuesta.

En el caso del cigarro, el reforzador se obtiene inmediatamente con cada inhalación y los efectos negativos no se observan a corto plazo, sino que pueden ser muy remotos y, por lo tanto, es difícil que se tomen en cuenta.

Además de los factores antes mencionados, el efecto farmacológico de la nicotina en sí es un reforzador, pudiendo actuar como estimulante o sedante de acuerdo con la dosis, el sitio de acción, etc. Según estudios realizados en esta misma Institución, existe una dosis óptima de nicotina para cada fumador: se rechaza el exceso y se desea más si se recibe muy poca.

Por esto mismo, los cigarros que se anuncian con " menos nicotina y alquitrán" no sirven de mucho para reducir el daño que provoca el cigarro ya que la gente tiende a fumar más para completar su dosis de nicotina.

Los estímulos y reforzadores pueden ser positivos y negativos y éstos son los más difíciles de eliminar porque alivian ansiedades y eliminar el cigarro lo incrementa.

En este sentido, la adicción al tabaco fue incluida por primera vez en la clasificación de *Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980. De esta manera, fumar tabaco es también un tipo de farmacodependencia, cuyos efectos son tan potentes como los producidos por otras drogas que causan adicción; de hecho, la mayoría de los individuos que empiezan a fumar se vuelven dependientes.

Es importante considerar la psicopatología implicada en esta problemática, la cual comprende tres aspectos fundamentales: la motivación para fumar, el reforzamiento social del problema y la personalidad del fumador.

El fumar permite al sujeto " reducir la tensión ", observándose una relación causal entre el incremento del consumo de cigarros por día, de acuerdo a las condiciones de estrés y tensión del sujeto. Asimismo, fumar se relaciona con situaciones placenteras como son reuniones sociales, períodos de relajamiento, etc., o bien, se fuma por habituación, en donde esta conducta se presenta de manera automática sin que exista un especial interés en hacerlo.

También es importante señalar la presencia de ciertos aspectos de la personalidad que son comunes a los fumadores, como puede ser en el Tipo A descrito por Friedman y Rosenman (citados por Díaz, y Casillas 1994), en el cual la prisa, la competitividad y la agresión sobrecontrolada cognitivamente facilitan por su estado de tensión psíquica el recurrir al tabaco como una medida de reducción aparente de la tensión.

Todo esto se conjuga para alcanzar el consumo habitual de tabaco, agregando el impacto que produce la propaganda comercial que refuerza estos aspectos, al asociar el acto de fumar con estímulos tales como el incremento ficticio del status social, de madurez y de atractivo sexual.

El terapeuta Alejandro Casillas (Díaz, Casillas, 1994) dice que el tabaco es, en nuestros días, una de las sustancias tóxicas a las que más expectativas inconscientes se le depositan debido, posiblemente, a los intereses económicos de las industrias tabacaleras y a la permisividad social para su uso. El éxito de su consumo se fundamenta en que cumple la función de placebo (o engaño) emocional que " ayuda " a sobrellevar la vida.

El ser humano, como parte integrante de la naturaleza, está sujeto a las mismas fuerzas que gobiernan a ésta: la vida y la muerte. Ambas fuerzas nos constituyen como individuos y el manejo de las mismas tiene una consecuencia indudable sobre nuestra personalidad.

Fumar, como se sabe, es un acto autodestructivo, ya que sus consecuencias físicas están comprobadas; sin embargo existe un gran número de fumadores a pesar de la información sobre el daño que esta acción provoca.

Desde el terreno psicoanalítico se observa que el tabacómano presenta fijaciones en la etapa oral de su vida. Esta etapa se inicia con el nacimiento y prevalece aproximadamente dos años, durante los cuales el niño introduce cosas a su boca y de esa manera los conoce. Además de "cosas u objetos", el bebé es alimentado a través de su cavidad oral de tal manera que su energía vital está depositada en dicho órgano para alimentarse, crecer y conocer el mundo.

La actividad de "mamar" o "succionar", además de ser un reflejo innato, integra también a las emociones. Cuando el bebé toma su leche, también está ingiriendo y succionando el afecto con el que es alimentado.

Desde este contexto, fumar es una actividad oral que además de cumplir con los requerimientos físicos de nicotina en el organismo, cumple funciones emocionales para el fumador al que podría compararse con un bebé adherido con su boca al chupón o al pezón, satisfaciendo necesidades emocionales de antaño. Así como el niño que hace berrinches y se tranquiliza sólo con el chupón en la boca, el cigarro cumple con la misma función en el adulto.

El cigarro, además emite humo caliente que a su paso por el esófago evoca sensaciones pasadas, como las del paso por dicho conducto de la leche tibia con la que se fue alimentando al inicio de la vida.

Casillas menciona que el fumador es, entonces un parálitico emocional que requiere del cigarro como una muleta para compensar sus deficiencias y carencias psíquicas. El placer que obtiene al fumar es la sustitución de un placer afectivo anhelado.

El cigarro se constituye en un regulador de la homeostasis (equilibrio) emocional del fumador. Aunque al inicio la actividad de fumar marea, el hombre hace un gran esfuerzo por superar este malestar pues su propósito inconsciente al fumar trasciende a las consecuencias físicas.

Es probable que el que se inicia en el tabaquismo requiera identificarse con una figura admirada a través del fumar. En este rubro, la publicidad tiene un papel fundamental.

También es posible que su motivación inconsciente para fumar esté fundamentada en la aceptación de su grupo de compañeros de escuela, amigos, etc. Al pasar el tiempo, el organismo adquiere tolerancia a la nicotina y el iniciado va aumentando su necesidad de fumar, asociándolo, poco a poco, con otras actividades que también le provocan placer. Las tres principales actividades con las que se asocia el cigarro son: disfrutar un cigarro después de comer, ir al baño o después del acto sexual.

Dice que la succión del humo funciona en muchas ocasiones como una fuerza que impide la expresión libre de la agresión.

Es común observar que cuando alguna persona está peleando o posterior a la bronca, enciende un cigarro para tranquilizarse o no hablar de más. El cigarro es el "mejor" compañero del enojo, también lo es de la tristeza y de la alegría; cumple, así la función de acompañar al tabacómano, quien además goza del "privilegio" de poseer entre sus dedos una brasa de lumbre, es el tenedor de una importantísima necesidad ancestral de supervivencia: el fuego. Esta es una

ganancia inconsciente que se vincula, paradójicamente, con la histórica lucha del hombre por su supervivencia.

Sin embargo, fumar es en sí misma, una actividad de muerte porque detiene, al introducir el humo al cuerpo, el proceso emocional del individuo y por sus ya múltiples veces publicadas, consecuencias negativas para el organismo.

Pero el hombre cada vez más creído en su dominio de la naturaleza, ha tomado al tabaco como un instrumento para desafiar a su propia muerte, negando la existencia de su cuerpo como poseedor de sus pensamientos y emociones, y esta negación de muerte lleva al tabacómano a enfrentarse con mayor rapidez al acto inevitable de morir.

Finalmente menciona este mismo autor, que la muleta que constituye el cigarro es un instrumento que se hace imprescindible para la vida del fumador y acrecienta la inhabilitación emocional del mismo, ya que lo convierte en un perezoso emocional porque sus emociones dejan de ser usadas al estar encapsuladas en una fuerte capa de nicotina.

Hasta la fecha, no se ha podido determinar una personalidad característica del fumador, aunque se ha intentado en múltiples ocasiones. Muchos estudios coinciden acerca de que existen ciertos rasgos que se manifiestan más, aún cuando los fumadores no exhiban una diferencia significativa.

Esos rasgos, que se enumeran sin considerar orden de importancia o frecuencia, son: mayores tendencias orales, rasgos antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que por el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad; hay quienes agregan que también desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto a quienes le son más significativos.

Durante la década de 1960, H. J. Eysenck (citado por Rico y Ruiz, 1990), desarrolló en la Universidad de Londres un cuestionario para estudiar la personalidad, cuyos hallazgos son actualmente clásicos. Eysenck concluyó que la personalidad podía estudiarse de manera más simple mediante dos vectores bipolares: el primero sería un continuo extraversión-introversión, en tanto que el segundo sería neurocismo-estabilidad. Su teoría postula que los tabacómanos son más extravertidos y neuróticos que los no fumadores. Los introvertidos están sobreestimulados y ello los inhibe, mientras que los extravertidos están subestimulados y necesitan de la nicotina para lograr la estabilidad. Hace algunos años, Mc Manus (1882, citado por Rico y Ruiz, 1990), demostró que lo propuesto como válido en la década de los sesenta en cuanto a extraversión, en la actualidad se inclina más hacia rasgos sociopáticos, ya que en aquellos años el tabaco era socialmente aceptado y facilitaba las relaciones sociales.

Por el contrario gracias a la información con que se cuenta acerca del daño a la salud, en la actualidad es cada vez menos aceptado e incluso se ha vuelto indeseable en ciertos ambientes.

En 1971, un especialista de la unidad de Investigaciones en Adicción del Instituto de Psiquiatría de Londres, Russell (citado por Rico y Ruiz, 1990), propuso una clasificación de los tabacómanos que ha persistido hasta la actualidad y que se basa en el patrón de reforzamiento predominante. Russell refiere tres patrones en particular que son:

- Recompensas psicosociales. Son aquellas que influyen en el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo, así como obtener las connotaciones simbólicas de rudeza y precocidad. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.
- Recompensas sensoriales. Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.) así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.
- Recompensas farmacológicas. Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

De acuerdo con Russell se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan estas recompensas y son los siguientes:

1.- Fumador psicosocial. En esencia, las recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no existe inhalación de nicotina: El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar.

Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

2.- Fumador indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión; al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc. El placer puede derivarse de recompensas predominantemente orales, y el individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando decide suspender su hábito, este tipo de fumador tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas. El indulgente no es un fumador constante sino que tiende a presentar períodos de varias horas, por ejemplo, entre las comidas en los cuales no fuma, o mientras no está trabajando. Es el tipo de fumador más conocido. Son tabacómanos leves que consumen menos de 20 cigarrillos al día, sólo por placer, durante los descansos y lapsos de relajamiento.

3.- Fumador por tranquilizarse. El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la ansiedad, el estrés y la tensión. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas, y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

4.- Fumador por estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, para estar ocupado y activo, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. La frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas. La recompensa es predominantemente farmacológica.

5.- Fumador por adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar estas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa sólo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre. Son sujetos que fuman más de dos cajetillas

por día. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en que el individuo así lo desea.

La Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco de Ruiz de Chávez (Excelsior, 1994), agrega a los grupos ya mencionados, los dos siguientes:

- Fumador sensoriomotor. Se refiere al placer de fumar causado por diversas sensaciones como maniobras orales, manuales y respiratorias que proporcionan placer.
- Fumador automático. El fumador es víctima inconsciente del hábito, se presenta en fumadores muy voraces que con frecuencia prenden un segundo cigarro cuando no han terminado con el primero.

Zapata (1980, citado por Lomelí, 1998), clasifica a los tabacómanos de la siguiente manera:

- a) Experimentadores.- Son los que toman el vicio por simple curiosidad.
- b) Sociales u ocasionales.- Consumen cigarros sólo cuando están en grupo. El consumo tiene la finalidad de darles pertenencia a un grupo, de resolver conflictos de la adolescencia, o simplemente de seguir una moda.
- c) Funcionales.- Necesitan consumir cigarros para funcionar en sociedad, han creado una dependencia tal a una droga que no pueden hacer nada si no la consumen. A pesar de su dependencia siguen funcionando en sociedad y sólo presentan trastornos cuando no pueden consumirla.
- d) Disfuncionales.- Han dejado de funcionar en sociedad, su vida gira en torno a su vicio.

Houser (1990), se refiere a los tabacómanos como pirómanos por la gran cantidad de accidentes que ha causado el descuido de algunas personas al dejar colillas de cigarro encendidas en casas habitación y el lugares de trabajo cerca de lugares inflamables. Lo mismo sucede con incendios forestales, donde muchos de ellos han sido causa de una colilla encendida arrojada en épocas de sequía.

Cabe señalar, por otro lado, que se han encontrado relaciones importantes entre la necesidad de fumar y los sentimientos de inferioridad y de poca autoestima, y que se asocia a otras drogas como el alcohol, el café, el caramelo, todos ellos de escaso valor nutritivo. También se manifiesta temor por no querer subir de peso.

(Dusek, Girdano, 1983).

Como se ha visto, las dependencias biológica y psicológica van muy unidas y sus causas, aunque suficientemente estudiadas, no pueden ser completadas sin explicar las causas sociales que, en forma importante, influyen en el tabaquismo.

1.2.3. Factores Sociales.

El tabaquismo se empieza a reconocer como problema de salud pública en los años cincuenta y son los países desarrollados los que abren las líneas de

investigación para medir y precisar los daños causados por el consumo de tabaco, evidenciando ampliamente gran número de enfermedades asociadas a esta droga. Las pérdidas de vidas, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos sociales y económicos y la clasificación como problema epidémico, así como la clasificación del tabaquismo en el terreno de las adicciones, han puesto en alerta y acción a todos los países, por conducto de las organizaciones médicas internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, para que actúe pronta y eficazmente contra este daño a la salud.

Ya que países como Estados Unidos, Noruega, Suecia, Finlandia, Reino Unido, Canadá, y otros más, han iniciado medidas para disminuir el consumo de tabaco, y representaban un gran mercado para la industria tabacalera, al disminuir sensiblemente, las compañías transnacionales buscan ampliar su mercado sobre naciones que aún no emprenden campañas antitabáquicas decisivas, como son los países subdesarrollados donde el poder económico y publicitario es de tal magnitud que sus objetivos se han cumplido ampliamente.

En México han emprendido algunas acciones para evitar el incremento del hábito tabáquico en algunos planos como son: prohibición de fumar en teatros, cines, algunos auditorios, en el transporte colectivo Metro, en vuelos aéreos, en hospitales, escuelas, bancos, tiendas de autoservicio y áreas de atención al público, mediante impuestos especiales y altos a los tabacos labrados, que actualmente representan el 6º lugar como factor de recaudación tributaria; la elevación a rango legal, a través de la Ley General de Salud, de la obligatoriedad Gubernamental de ejecutar el Programa contra el Tabaquismo con acciones básicamente preventivas de control publicitario, prohibición de la venta a niños y adolescentes, atención a fumadores y coordinación de acciones a nivel nacional con los Gobiernos Locales y; por último se ha regulado la publicidad en medios masivos de comunicación a la que se le han marcado restricciones en su contenido y la estipulación de horarios y turnos para ser difundidos. Para proteger a los no fumadores, se prohíbe fumar en lugares cerrados, clínicas, hospitales, restaurantes y cafeterías las cuales deben contar con lugares exclusivos para no fumadores.

Aún no es suficiente lo realizado hasta el momento y los resultados deberán esperarse a mediano y largo plazo. (Secretaría de Salud, CONADIC, 1987).

La Encuesta Nacional de Adicciones de México (Tapia-Conyer, y col., 1990), en base a las investigaciones realizadas en hogares, obtuvo los siguientes datos sobre el tabaquismo en el país. La población fumadora alcanza el 26% del total de la muestra, con un 38.3% para los hombres y 14.4% para las mujeres.

El 42.4% de los fumadores tiene de 18 a 29 años y del 24.7% entre los 30 y 39 años. Entre los fumadores cotidianos, el 17% se consideró como dependiente del cigarro. La población de ex fumadores es de 21.6%.

Al evaluar la frecuencia de cigarrillos consumidos por una persona, una primera división mostró que el 64% de los fumadores lo hacen a diario, muy por encima del siguiente rubro de consumo en importancia, el fumador eventual, con 22%.

Considerando aparte al grupo de fumadores cotidianos, el 48.8% registró consumir uno a cinco cigarrillos al día; el 34.4%, de 6 a 15; el 16.8%, más de 16 cigarrillos, cantidad considerada como indicador de dependencia. Vista esta información por sexo, resulta significativo encontrar que los fumadores dependientes casi duplican

a su contraparte del sexo femenino con porcentajes, de 19.5% y 10.1% respectivamente.

Una serie de reactivos de la encuesta se orientó a explorar las causas y circunstancias en que los fumadores y exfumadores iniciaron su consumo y las condiciones en que lo enfrentaron. Las edades en que con más frecuencia se empieza a fumar son entre los 12 y los 17 años, con 48.5%, y entre los 18 y los 29, con 42.4%. Los principales motivos por lo que la gente se adentra en el tabaquismo son: curiosidad, 46.1% porque sus compañeros y amigos lo hacen, 34%.

En cuanto a las razones para continuar fumando, el 37% señaló la costumbre; el 31.8%, el gusto; y el 14.4%, como un medio para tranquilizarse. Las actividades más frecuentemente relacionadas con el hábito tabáquico son la asistencia a reuniones, con 35.9%, el término de la comida, con 15.3%, y el trabajo, con 14.8%.

La encuesta demostró que entre el grupo de fumadores se busca con frecuencia abandonar o reducir el hábito, aunque sin éxito. El 65% ha intentado fumar menos; el 39.6% ha tratado de dejar de fumar; el 32.3% desea fumar menos pero no lo puede lograr; y el 23% fuma, a pesar de conocer indicaciones médicas de no hacerlo.

En el grupo de exfumadores, que representa el 21.6% del total, un primer dato importante es que en la relación fumador-exfumador, para el caso de las mujeres el segundo es mayoritario (16.8% de exfumadores contra 14.4% de fumadoras); no así en el de los hombres, donde los primeros representan un 26.9% y los segundos 38.3%.

Los exfumadores señalaron, en el 34% de los casos, haber dejado el cigarro por *decisión personal*, otro 26%, por considerarlo dañino; y un 17% por problemas de salud. El método que abrumadoramente fue usado por los exfumadores para dejar de serlo fue abandonar el cigarro abruptamente (75.8%).

Es interesante, también, señalar que el 42.5% de la población que no tiene el hábito tabáquico es fumadora pasiva en su vivienda, por convivir con al menos una persona que sí lo tiene.

Este estudio demuestra que el tabaquismo es un problema de salud pública que debe ser objeto de atención y acción prioritaria, preventiva y de vigilancia.

En Mexicali, B.C., se realizó una investigación (Lara, 1996), sobre una muestra de estudiantes de secundaria con respecto al hábito tabáquico, por considerarse a este grupo de edad como de mayor susceptibilidad para el inicio en el tabaquismo. En ella aportan los siguientes datos sobre su muestra de 177 alumnos:

El 44% de los alumnos ya han fumado alguna vez, correspondiendo un 53.2% al sexo masculino y 48.3% al sexo femenino.

Sólo el 23% continúa fumando. El 76.8% que contestó que ya no lo hacía dio como razones de abandono: 40.4% porque no le gustó; 27.9% porque sabía que fumar es nocivo para la salud, el resto por otras causas como la prohibición de los padres (2.9%), por ingreso a grupos deportivos (1.4%) y por motivos religiosos (1.4%).

Con respecto a los sitios donde los estudiantes conseguían cigarrillos, 55.9% lo hacía con los amigos principalmente, 18% en su propio domicilio y 17.5% los compraba directamente en los comercios.

De los alumnos, 83% fumó por primera vez sólo por curiosidad, mientras que el 14% lo hizo por quedar bien con los amigos.

Las edades en que fumaron por primera vez oscilaron entre los 6 y 16 años, predominando los 13 años con 22.5%.

Al buscar si el contar con familiares y conocidos fumadores influye para que los alumnos inicien y continúen en el hábito, se encontró que 35.4% del alumnado que nunca había fumado tenía padre fumador; 6.2% madre fumadora; 15.2% hermanos fumadores; 34%, amigos fumadores.

De los alumnos que ya habían fumado, 34.4% tenía padre fumador; 1.6% madre fumadora; 17.5% hermanos fumadores; 69.4% tenía amigos fumadores.

Había recibido información sobre las consecuencias del tabaquismo 89% de los alumnos que ya habían fumado y 85% de los que no lo habían hecho; 100% de ellos estuvo de acuerdo en que fumar es nocivo para la salud.

Más de 89% de ambos grupos contestó correctamente que fumar es factor de riesgo para el enfisema y el cáncer pulmonar y afirmó que el cigarro es nocivo también para quienes aspiran el humo (fumadores pasivos).

Con respecto a los sitios donde recibieron esta información, 60.5% señaló que fue principalmente en la escuela, 49.5% en sus domicilios y tan sólo 9.7% la recibió por medio de instituciones o personal de salud y programas en radio o televisión.

Estuvo de acuerdo en la propaganda contra el tabaquismo 90% de los alumnos, y 67% afirmó que le gustaría participar en grupos escolares encargados de actividades de lucha contra el tabaquismo en las secundarias.

Con estos datos puede apreciarse que influyen los amigos muy fuertemente en el inicio del hábito de fumar y que consiguen con facilidad los cigarros, incluso que fuman pese a conocer los riesgos que esto conlleva.

La Organización Panamericana de la Salud (1992), indica que en México, a nivel nacional, el 42.2% de los estudiantes de secundaria ya habían probado los cigarros por lo menos una vez, y el 6% ya fumaba a diario, lo cual demuestra el porqué se debe actuar de inmediato sobre este grupo de población.

En una investigación sobre el consumo de tabaco entre médicos y enfermeras realizado en el I.M.S.S (Labradero, y col., 1995), se obtuvieron estos datos de la muestra de 6061 sujetos: 21.2% de fumadores, de los que 25.3% corresponde al personal médico y 17.6% al de enfermería; 39.5% había fumado alguna vez en su vida y 39.3% del total señaló no ser fumador. Entre los fumadores pasivos, conviven al menos con un tabacómano y, éstos, muestran una actitud positiva a considerar que no debe fumarse en las instituciones de salud. El contacto que tienen los servidores de la salud con los problemas derivados del tabaquismo provoca que se incremente el número de ex fumadores, y por esto mismo, deben ser responsables de acciones contra esta droga para alertar a la población derechohabiente para que no fume o deje de fumar, y ellos mismos pueden considerarse un ejemplo en la población en el aspecto salud.

La Organización Panamericana de la Salud (1992), expresa que la prevalencia del tabaquismo entre los médicos mexicanos es similar a la del público en general, y sugiere que la norma de no fumar todavía no ha sido adoptada por quienes están mejor informados acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (Rubio, Fabián, y col., 1995), ante la magnitud y trascendencia del tabaquismo, puso en marcha el Programa Tabaco o *Salud en un esfuerzo contra el consumo del Tabaco*.

Este programa tiene un papel rector en la búsqueda de sociedades libres de tabaco y la promoción de estilos de vida positivos para la salud. Su objetivo es lograr en el mundo niveles de prevención del tabaquismo, y una disminución de las enfermedades relacionadas con el tabaco a través de la reducción de su consumo.

Entre las acciones que la OMS ha emprendido para desalentar el consumo de tabaco, una de las más importantes es la celebración, el 31 de Mayo de cada año, del DIA MUNDIAL SIN TABACO. Las actividades de conmemoración de este día son coordinadas por la OMS con los siguientes objetivos:

- Animar a los consumidores de tabaco (personas que fuman o mastican) para que se abstengan voluntariamente de consumirlo durante un día, como primera medida para restringir o abandonar el hábito.
- Pedir a los comerciantes que, en interés del bien común, se abstengan voluntariamente de vender toda clase de productos de tabaco durante un día.
- Solicitar a los periódicos, particularmente de los países en desarrollo, no aceptar anuncios de tabaco durante un día, para el beneficio público.

En un principio, esto era una primera incitación para dejar de fumar, pero, debido a las repercusiones alcanzadas, sus objetivos se ampliaron para el público al que estaba dirigido.

Actualmente, se busca alentar a los gobiernos, comunidades, grupos de población, e individuos para que tomen conciencia del problema y adopten las medidas pertinentes para desalentar el consumo de tabaco. Los días mundiales se han convertido en verdaderas convocatorias para la acción en diferentes ámbitos. Durante la celebración se difunde copiosa información, se dan pautas para múltiples actividades operativas, científicas y de investigación, convirtiéndose de esta manera en poderosos instrumentos de promoción, en base a los temas que se seleccionan sobre el tabaquismo para cada año.

De las actividades más conocidas están los concursos nacionales e internacionales para la elaboración de carteles o material didáctico. A través de estos concursos, que en México son coordinados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se ha logrado la elaboración de afiches de alto nivel artístico y con gran difusión nacional.

Aún así, una planificación detallada e integral, que considere la estrategia común de controlar el altamente dañino hábito del tabaquismo y la utilización adecuada de la comunicación social, con la supervisión sistemática de las acciones que se ejecuten y su posterior evaluación, podrán ayudar a revertir tendencias que hasta hace poco parecían insuperables.

Con todo esto, esperan contribuir de forma considerable a que los programas nacionales logren su objetivo de producir cambios en algunos modelos o estereotipos. Cada vez es más considerada como positiva la imagen del no

fumador , y por el contrario, la aceptabilidad social de los fumadores disminuye paulatinamente .

Esto debe motivar para tomar conciencia acerca del significado del uso del tabaco en la sociedad, e incentivar para tomar las medidas apropiadas para combatirlo. Por ello, se debe considerar que el problema abarca diversas y distintas facetas, por lo que es necesario abordarlo desde diferentes puntos de vista, con un enfoque multifactorial, para determinar los ámbitos de acción de cada una de las instancias para controlarlo. Esto requiere de la participación activa, decidida y responsable de los sectores público, social y privado, donde cada quien asuma la parte que le corresponda, y donde también se respete la libertad y el derecho a respirar de los que no tienen el hábito tabáquico, y que el esfuerzo que representa esa enorme tarea podrá ser compensado con creces si se logra abatir los índices de morbilidad y mortalidad que actualmente produce el tabaquismo.

1.3. Consecuencias.

El tabaquismo (Díaz, Casillas, 1994), es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial y causa muertes prematuras pues reduce de 5 a 8 años la esperanza de vida dependiendo del número de cigarros que consumen.

Las muertes relacionadas con el uso del tabaco han alcanzado proporciones epidémicas en muchas regiones del mundo. Actualmente, el tabaco causa por lo menos tres millones de muertes al año a nivel mundial y alrededor de un millón de esas muertes se producen en países en desarrollo. De continuar las actuales tendencias de consumo, en el transcurso de tres décadas la generación actual de jóvenes que están iniciando el consumo de tabaco alcanzará la edad madura y el número de esas muertes podría llegar a los diez millones cada año.

El total de muertes prematuras atribuibles al tabaquismo podría alcanzar en ese entonces la increíble cifra de quinientos millones.

Ya son conocidos los estudios realizados sobre las enfermedades que se asocian al tabaquismo, y eso sin mencionar los problemas en los ámbitos familiar y económico, pero esto no impide que el tabaquismo continúe.

La Organización Panamericana de la Salud (1992), indica que la carga que representan las enfermedades debidas al consumo de tabaco se está haciendo obvia entre los mexicanos, como se manifiesta por las mayores tasas específicas por edad de cáncer de pulmón entre hombres y mujeres de 55 años de edad en adelante. Cada año el tabaquismo produce casi 4000 defunciones debidas a cáncer de pulmón y un número indeterminado de muertes debidas a enfermedades cardiovasculares; además, es causa de ausentismo laboral y una fuerte derogación por parte del Estado para asistir las consecuencias del tabaquismo en México.

El Dr. Elisardo Becona (1998), dice que el tabaquismo como cualquier adicción atrapa a hombres y mujeres, de la edad que sea, al igual que su nivel socioeconómico, y lo que es peor, es una droga socialmente aceptada.

Un elemento básico que mantiene muchas de las conductas adictivas actuales es la publicidad, especialmente con el tabaco, el alcohol y el juego. Por ejemplo, con

el tabaco, las compañías tabacaleras dirigen actualmente la publicidad hacia los jóvenes por ser un nuevo mercado, y que además se puede ampliar, pero más especialmente hacia las mujeres.

Los anuncios presentan a la mujer como delgada y atractiva, lo que concuerda con el interés de las adolescentes de tener una buena apariencia y poder controlar su peso corporal a través de fumar cigarrillos.

Y ello da en el centro de los dos motivos fundamentales, por lo que se va a mantener el consumo en la mujer, una vez que se ha convertido en fumadora regular y va a retrasar o a impedir el abandono en los años sucesivos: el manejo de su humor disfórico y el control de su peso corporal a través del tabaco.

Por esto, la adolescencia es la fase crucial de la vida para prevenir el uso del tabaco y sus consecuencias porque es la etapa de la vida en la que se comienza a fumar, se llega a ser fumador regular y se adquiere la dependencia.

Para la industria tabacalera sigue siendo un negocio muy lucrativo y productivo, continúa siendo muy generalizada su promoción pese a los controles legislativos sobre su contenido y cobertura. Los eventos deportivos y culturales son patrocinados, especialmente por ellos, para dirigirlos a la juventud.

Sin embargo, a las fuertes campañas de promoción de marcas de cigarrillos, se ha manifestado otra para apoyar el abandono de esta adicción y el respeto para las personas que no tienen el hábito, aunque su efectividad varía en su impacto sobre la salud pública.

En México, desde 1983 (Secretaría de Salud, CONADIC, 1987), el gobierno creó el Consejo Nacional contra las Adicciones presidido por el Secretario de Salud, y un Programa contra el Tabaquismo que trabaja en conjunto con la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en su Clínica de Tabaquismo. En hospitales privados también se han creado Clínicas que atienden esta adicción.

Este programa promueve campañas educativas públicas y en escuelas, investigaciones sobre tabaquismo y salud, y promueve medidas legislativas para combatir el consumo del tabaco, sobre todo, el hecho de no iniciarse en esta adicción.

Aún con todo esto, se observa que aunque existe un reglamento para la protección de los no fumadores que prohíbe consumir tabaco en determinados lugares, continúan cotidianamente con el hábito en práctica en esos lugares sin que exista el elemento aplicativo de la norma que lo impida.

Sin embargo, las acciones educativas e informativas han propiciado el fortalecimiento del rechazo social a este hábito, lo que se traduce en que cada vez sea más frecuente encontrar a gente convencida y comprometida que se atreve a levantar la voz para impedir que se fume en su presencia.

De igual modo, la Ley General de Salud reconoce el consumo del tabaco como una práctica de alto riesgo, causante de enfermedades crónicas y degenerativas, que pueden relacionarse con un gran número de defunciones. Pero aquí se regresa al problema de cuidar el hecho de aplicar los reglamentos ya establecidos para el control de hábito tabáquico. Que no se manejen ideas de éxito en el amor o en la sexualidad de las personas, de actividades creativas o deportivas, centros laborales o instituciones educativas, ni exaltar el prestigio social, hombría o

femineidad con el consumo de tabaco. Ni utilizar imágenes de personas menores de 25 años, en actividades propias de su edad.

Y todavía se pueden apreciar programas televisivos, películas, etc., en los que se asocia el consumo de tabaco a determinadas acciones de los personajes, sobre todo, aquellos que representan problemas serios, junto con el consumo de otras drogas, fomentando así conductas nocivas.

La utilización de leyendas precautorias para la venta de tabaco no son afortunadas en su planteamientos, como la de " Fumar es un factor de riesgo para el cáncer ", en donde el planteamiento semántico está mal elaborado.

Existen diferentes aspectos a tomar en cuenta en lo relacionado a los procesos comunicacionales y legislativos relacionados con el tabaco, pero éstos no se deben limitar a las actividades en la búsqueda de una sociedad mejor informada sobre la problemática que este hábito representa y sobre todo más ocupada en su combate.

El largo periodo que tardan en aparecer los efectos del tabaco en el fumador impide que el individuo reconozca los efectos nocivos de este producto. Una vez que se ha desarrollado la adicción, es necesario incrementar los esfuerzos para erradicar la dependencia. Por consiguiente, en las personas que ya han adquirido la dependencia física o psicológica, o ambas, resulta más difícil hacer que abandonen el hábito.

Muchas personas aún consumen tabaco no por realmente hacerlo, sino porque no pueden abandonar el hábito.

Al respecto, Rusell (Rubio, Fabián, y col., 1995) afirma que fumar cigarros es probablemente la forma más adictiva y productora de dependencia, ya que es autoadministradora de una gratificación placentera experimentada por el ser humano. Conscientes de la dificultad que representa dejar el hábito de fumar, diversos especialistas han generado propuestas de tratamientos intensivos para la reducción del uso del tabaco, sin dejar del lado los aspectos humanos como la comprensión hacia el tabacómano.

Abandonar el tabaco es un problema complejo. La idea de que el tabacómano sólo necesita ser motivado para dejar de fumar deja a un lado el hecho de que el tabaquismo tiene naturaleza adictiva y de que a muchas personas les es extremadamente difícil dejar de fumar. De ahí la importancia que adquieren todos los esfuerzos que se realicen para prevenir este hábito.

Hay herramientas para lograr erradicar el problema, que aunque no sean las óptimas, se tienen, por lo que sólo falta que se aprenda a utilizarlas con más imaginación, asumiendo responsablemente cada uno, la misma sociedad, y la autoridad, para afrontar un problema que atañe a todos.

Se considera que la mejor ayuda debe combinar programas para dejar de fumar, mantener más tiempo la abstinencia, la combinación de procedimientos terapéuticos y modificar el estilo de vida del tabacómano para eliminar costumbres fuertemente arraigadas en el sujeto que fuma, y que éste tome conciencia de que tiene una adicción que tarde o temprano terminará con su vida, y posiblemente con la de alguien que le rodea.

Se debe educar, orientar y legislar más eficientemente e insistir en la información que se tiene para obtener buenos resultados; pero también, investigar, aún más, para actualizar los conocimientos que se tienen sobre este tema.

CAPITULO 2

CAPITULO II

2.1 Métodos de Rehabilitación.

El Dr. Elisardo Becoña, facultativo e investigador de farmacodependencias de la Universidad de Santiago de Compostela en España, expresa que el consumo de cigarros es una epidemia silenciosa que produce miles de muertes a nivel mundial. Ya se puede afirmar, con certeza, que la nicotina es una droga psicoactiva con un fuerte poder adictivo, y además es una droga silenciosa que produce una importante dependencia en quienes la fuman, les cuesta mucho dejarla y eso va a acarrear a un gran número de ellos sufrimiento y muerte. Y aunque la muerte es evitable dejando de fumar, no es una tarea siempre fácil por el fuerte poder adictivo de la nicotina, y todas las actividades y conductas relacionados con ella.

Ya se habló sobre todas las secuelas físicas que puede producir este hábito, y dejar de fumar propicia una notable mejora en órganos y funciones corporales, aunque algunos daños son irreversibles.

Por todo ello, el interés por el tratamiento y la prevención del tabaquismo ha sido enorme en estos últimos años, lo cual hace preveer que se pueda observar un descenso de tabacómanos. Se debe disponer de tratamientos efectivos y medidas preventivas para poner en marcha, para que los más jóvenes no se hagan fumadores.

La Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco (Tapia-Conyer, 1994) observa un cambio evidente en las modalidades de vida de la población mexicana, es decir, en las mujeres que ya constituyen una proporción importante de la fuerza productiva; existe un flujo migratorio progresivo hacia las áreas urbanas y un índice demográfico que va en aumento. En este contexto se refleja mayor consumo de tabaco, particularmente entre las mujeres y los jóvenes de las áreas urbanas.

Becoña (1998), menciona la existencia de distintas fases tanto para el comienzo y consolidación del consumo de tabaco como para el abandono y recaída o mantenimiento de la abstinencia. Las del comienzo son: habituación, abandono y recaída o mantenimiento. Dentro de los estadios de cambio respecto al abandono del cigarro hay cinco: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y finalización o recaída.

Para fines de rehabilitación, estas cinco fases son muy importantes en su proceso.

Precontemplación. - ¿ Ha pensado en dejar de fumar ?

Es necesario que el equipo de salud manifieste su preocupación por el paciente, identificar las razones personales por las que debe dejar de fumar. Sin embargo, en todos los casos se debe respetar su decisión de no abandonar el hábito, y en visitas subsecuentes averiguar si ha cambiado de opinión, pues lo más importante es el deseo del paciente por dejar de fumar .

Contemplación. - ¿ Ha pensado en dejar de fumar ? Si

¿ Está interesado en recibir ayuda?

En esta etapa es fundamental expresar el deseo de ayudar. Cuando el paciente esté listo, hay que identificar aquellas barreras personales que pueden lograr que se niegue a dejar de fumar, el aumento de peso, estrés, etc.

Resulta importante evaluar su adicción a la nicotina, si hay antecedentes de abandonos previos, revisar varias opciones para ayudarlo (autoayuda, orientación grupal, chicles de nicotina, etc.), y proponer un día para dejar de fumar.

El objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del tabacómano para que abandone el cigarro. Debe aumentar el conocimiento de su propia conducta que puede lograrse mediante autorregistros y la representación gráfica de su consumo.

Acción.- ¿ Está listo para fijar una fecha a partir de la cual abandone el tabaco?

Para abandonarlo, ¿qué estrategia es la más adecuada?

En este momento se fija un día para dejar de fumar, se hace una evaluación, para elegir la estrategia, se brinda apoyo e información para que se prepare a abandonar el hábito y no retomarlo, y se ofrecen sustitutos, para la necesidad de fumar.

Mantenimiento.- ¿ Cómo le ha ido en su esfuerzo por dejar de fumar? ¿ Hay algo en lo que se le pueda ayudar?.

En esta etapa se efectúa un seguimiento para evaluar los avances; se premia y elogia el intento del paciente, mostrando empatía y valorando preocupaciones y habilidades. Es importante reforzar su conducta con comentarios como " es difícil, pero vale la pena".

Esta fase sería propiamente la de prevención de la recaída, que desde otras perspectivas se ha sugerido como imprescindible en cualquier programa para mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo.

Recaída o Finalización.- ¿ Ha fumado, aunque sea una vez durante los últimos siete días? ¿ Qué considera que propició la recaída? ¿ Pudo haber hecho algo para evitarlo? ¿ Aún le interesa dejar de fumar?.

Llegados a este punto, el equipo de salud debe ayudar a distinguir entre un mal paso (slip) y una recaída (relapse) insistir en que las recaídas son comunes, ayudar al tabacómano a identificar qué puede hacer la próxima vez para evitar la recaída, determinar si está listo para reiniciar el abandono, volver a empezar y retomar etapas si es necesario.

Saber en qué fase está cada fumador es importante. Las estrategias y abordajes deben adecuarse a estos estadios y a los tabacómanos que están en cada uno de ellos.

Dentro de los tratamientos existentes hay dos grupos que son los más relevantes actualmente: los tratamientos psicológicos y los tratamientos farmacológicos, o una mezcla de los dos.

Los primeros programas psicológicos para dejar de fumar surgen a la par de la aparición de las técnicas de terapia y modificación de conducta a principios de los años 60. Desde la aparición de las técnicas conductuales se han utilizado gran

número de ellas, como procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico), acupuntura, hipnosis, autoobservación, relajación, control de estímulos, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, terapia de estimulación ambiental restringida, contratos de contingencias, métodos de automanejo y autocontrol, y programas multicomponentes.

Técnicas como las aversivas son métodos que tienen como objetivo básico el conseguir que una conducta agradable, fumar se convierta en aversiva posteriormente y, de este modo, mantener la abstinencia; éstas técnicas se basan en los principios de la psicología del aprendizaje.

En los años 70 se amplían las técnicas de intervención con las técnicas cognitivas y en los 80 con las estrategias de prevención de la recaída. Con la aparición y posterior desarrollo de los programas multicomponentes se combinan varias de las anteriores técnicas para optimizar la eficacia, incluyendo en algunos casos el chicle de nicotina para los individuos altamente dependientes de los cigarrillos. En el actual decenio, el mayor interés radica en aplicar estos programas a nivel comunitario.

En lo que sí hay acuerdo es que en el momento actual, las técnicas que mejor funcionan en el tratamiento especializado de los tabacómanos, las que tienen el mejor nivel de costo-efectividad y las que se deben utilizar como principal abordaje para dejar de fumar son las técnicas conductuales, obteniendo resultados de 30 a 50% de abandono.

Hoy hay acuerdo en que el mejor modo de dejar de fumar es con un programa psicológico multicomponente, estos programas psicológicos reciben este nombre porque incluyen distintas técnicas de intervención terapéutica, es decir varios componentes, de ahí el nombre de multicomponente, a través de las fases por las que pasa un fumador para dejar de hacerlo en un programa especializado preparado para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia.

Dentro del tratamiento especializado de tipo farmacológico hoy destacan básicamente dos métodos: el chicle y el parche de nicotina.

El chicle de nicotina surgió con el objetivo de eliminar el síndrome de abstinencia, consiguiendo así que el tabacómano deje sus cigarrillos y conforme transcurra el tiempo, sea capaz también de abandonar el hábito psicológico de los cigarrillos.

Los estudios llevados a cabo con el chicle de nicotina han confirmado que elimina el síndrome de abstinencia de la nicotina; que la nicotina que contiene se absorbe más lentamente por el organismo que la de los cigarrillos y con una cantidad que oscila entre 8 a 30 chicles diarios las personas pueden ser capaces, dentro del tratamiento, de no fumar cigarrillos.

Además, el chicle de nicotina es el doble de eficaz que el chicle placebo, cuando se utiliza dentro de un programa de tratamiento establecido. El chicle de nicotina es más eficaz en tabacómanos duros (de 30 o más cigarrillos al día) que en tabacómanos normales, siempre dentro de un programa específico para dejar de fumar.

Los mejores resultados con el chicle de nicotina se han obtenido cuando se ha combinado éste con un procedimiento conductual (30 al 50% de eficacia al año de

seguimiento), pues sin procedimiento conductual los resultados, en general, son mucho más bajos. Cuando es el médico general quien receta el chicle de nicotina, los resultados obtenidos al año de seguimiento en tasas de abstinencia son pobres (11%) y de alto costo económico para la persona.

La relación costo-efectividad apunta negativamente a la utilización del chicle de nicotina respecto de procedimientos conductuales eficaces, como los programas multicomponentes, al tiempo que el chicle de nicotina no es utilizable en todas las personas, al tener contraindicaciones (cardiopatía isquémica, úlcera péptica, esofagitis, diabetes, embarazo). Produce dependencia, al menos, entre el 7 y el 10% de los individuos que consiguen la abstinencia.

El chicle de nicotina no es una panacea, aunque puede ser una ayuda útil si se sabe utilizar adecuadamente y siempre en un contexto terapéutico.

Otro procedimiento farmacológico es el parche de nicotina que se pone diariamente sobre la piel, preferentemente en el brazo, espalda o cadera; contiene de 25 a 114 miligramos de nicotina, aunque la que se absorbe oscila de 15 a 22 mg. Son de distinto tamaño, de acuerdo con la intensidad de la adicción.

La duración de los mismos oscila de 16 a 24 horas, el tiempo óptimo de utilización es de 6 a 8 semanas. No parece que los efectos secundarios sean significativos.

La Dra. Gutiérrez de Velasco (citado por Tapia-Conyer, 1994), hace una comparación de estos dos últimos métodos farmacológicos para reemplazar la nicotina, y menciona que resulta evidente que la administración del chicle tal vez sea un método menos satisfactorio que el parche de nicotina, pues el primero requiere de cierto tiempo por parte del médico para brindar al paciente las instrucciones necesarias sobre su uso adecuado y obtener los resultados deseados.

Otros factores importantes son el sabor inicial desagradable y el tiempo que toma a los pacientes aprender su utilización adecuada para poder obtener concentraciones ideales de nicotina en la sangre.

El uso de los parches, en cambio, requiere poca explicación por parte del médico, y desde el primer día en que se suspende el cigarro pueden obtenerse las concentraciones terapéuticas, además de que la dosis también es fácilmente controlable. Otra ventaja más es la disociación entre el refuerzo y la autoadministración; por tanto, el retiro, del parche es más fácil para el paciente, así como también es fácil de controlar por el médico.

Debe tenerse precaución con los pacientes con problemas cardiovasculares y en caso de un infarto reciente puede utilizarse el parche pequeño. Si se sopesan los pros y los contras, en vista de la lenta absorción y la cantidad de nicotina administrada, así como de la ausencia de gases tóxicos como el monóxido de carbono, el parche representa menos riesgo cardiovascular que si el paciente continuara fumando.

Las clínicas de Tabaquismo y el tratamiento grupal es una modalidad terapéutica de las más utilizadas en el mundo y se caracteriza por su flexibilidad, que va de acuerdo con las necesidades de la institución donde esté establecida, la flexibilidad relacionada con el número de individuos que conforman el grupo, así como con la cantidad y el número de sesiones, y los distintos contenidos educativos que se emplean en el programa.

Este programa de tratamiento se basa en un método multidisciplinario e integral, y constituye uno de los programas de mayor éxito a largo plazo, pues está sustentado en un enfoque cognoscitivo-conductual, y apoyado con tratamiento farmacológico de sustitución de nicotina.

El citado texto además informa que se ha trabajado por más de 10 años en el programa terapéutico que se lleva a cabo en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Además de las actividades que realiza esta clínica, como la asistencial, cuyo principal objetivo es ayudar a los tabacómanos crónicos a abandonar el hábito, efectúa labores de educación y prevención, impartiendo pláticas de sensibilización a grupos de alto riesgo; también ofrece cursos y talleres dirigidos a replicadores como trabajadoras sociales, médicos generales, enfermeras, padres de familia, y capacita a personal especializado para la creación de grupos de autoayuda así como al de otras clínicas de tabaquismo. Actualmente funcionan en la República Mexicana doce clínicas con el modelo base del INER.

Aunado a estas actividades de asistencia, prevención y educación, la clínica también se dedica a la investigación encaminada a mejorar y conocer nuevas opciones de tratamiento.

El tratamiento consta de diez sesiones en total, dos veces por semana, de 90 minutos de duración cada una. Se integran grupos de ocho a diez personas, por grupo, seleccionados del público en general. Para que un tabacómano pueda ingresar al programa es requisito indispensable que esté realmente convencido de que desea abandonar el hábito tabáquico.

El programa de atención integral consta de tres áreas; la médica, la psicológica y la de rehabilitación respiratoria integral.

En el área médica se efectúa una evaluación inicial para conocer los daños a la salud producidos por el tabaco. Además, se realizan estudios de laboratorio, como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina; de gabinete, como radiografías anteroposterior y lateral de tórax, el ECG; pruebas de función respiratoria y citología de expectoración. En el área psicológica, se aplican los cuestionarios de Fagerström y el de Motivos de Fumar de Russell, para conocer los componentes de la dependencia a la nicotina y la dependencia psicológica de cada fumador.

El programa de tratamiento, además de incluir lo señalado anteriormente, se conjunta por medio de dinámicas grupales con técnicas cognoscitivo-conductuales, técnicas de autocontrol y autorregistro. Se incluyen además técnicas de relajación para el control del estrés, ejercicios respiratorios y de acondicionamiento físico, y un programa de alimentación con dietas de reducción y mantenimiento.

Una técnica importante en la que es necesario hacer hincapié en este programa es la suspensión súbita del hábito tabáquico (se desaconseja la suspensión gradual), la cual se apoya con chicles de nicotina en los individuos adictos.

Un apoyo también fundamental para el éxito del programa lo constituye el seguimiento, que se efectúa por vía telefónica; además, el programa cuenta con el Club de ExFumadores, donde éstos se reúnen una vez al mes, al término de su programa, brindándose mutuamente apoyo psicológico e intercambio de ideas para mantenerse sin fumar. Una vez realizada la evaluación médica inicial a los

pacientes en quienes se detectan secuelas respiratorias por el hábito tabáquico, al término de su programa de diez sesiones se diseña un programa de rehabilitación respiratoria integral.

Este programa es de particular utilidad en los pacientes con bronquitis crónica, quienes tienen gran dificultad para eliminar las secreciones, lo cual condiciona infecciones repetidas y la necesidad de atención médica y hospitalizaciones frecuentes. Resultan también beneficiados en este programa los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), especialmente aquellos con enfisema pulmonar, en quienes la disnea es un factor de limitación importante para llevar a cabo sus actividades diarias. Esto les ocasiona gran estrés y angustia e incrementa el círculo vicioso de la disnea que estos pacientes no pueden romper; además, necesitan utilizar oxígeno suplementario, lo que los hace dependientes de otras personas para realizar sus actividades cotidianas y vuelve muy pobre su calidad de vida.

Con este programa de rehabilitación respiratoria integral se persiguen los siguientes objetivos: 1) Ayudar a los pacientes a controlar los síntomas respiratorios; 2) hacerlos independientes en sus actividades de la vida diaria; 3) mejorar su calidad de vida (lo más importante de todo); y 4) apoyarlos para que se mantengan sin fumar por el resto de sus vidas.

En este programa se le enseña a los pacientes a ventilar mejor sus campos pulmonares, a utilizar adecuadamente el diafragma para disminuir la acción de los músculos accesorios de la respiración, frecuentemente sobreutilizados; a efectuar una higiene bronquial adecuada para prevenir infecciones repetidas por acumulación de secreciones; a controlar y disminuir la disnea, y a mejorar su tolerancia al ejercicio a través del acondicionamiento físico.

Con este programa de atención multidisciplinaria e integral en la Clínica de Tabaquismo del INER, al finalizar el tratamiento se logra éxito en 81% de los casos, y al cabo de una año de seguimiento, 67% de los pacientes continúa en abstinencia.

Tabla 1. (Rubio, H., Fabián, G., y col., 1995).

CUESTIONARIO DE FARGESTRÖM

I) Consumo diario 2 Más de 25 cigarros. 1 16-25 cigarros. Menos de 16 cigarros	III) ¿ Le da el golpe al cigarro? 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca.
II) Contenido de nicotina por cigarro. 2 Igual o mayor de 1.2 mg. 1 0.6 – 1.1 mg. · 0 Igual o menor de 0.5 mg.	IV) ¿ Cuándo fuma usted más ? 1 En las mañanas. 0 En las tardes / al anochecer.

V) ¿ Cuánto tarda usted en prender su primer cigarro al despertar? 1 Menos de 30 minutos 0 Más de 30 minutos.	VI) ¿ Se le hace difícil abstenerse en lugares prohibidos ? 1 Si. 2 No.
VI) ¿Cuál es el cigarro que menos le gustaría perderse? 1 El de la mañana. 0 Otro.	VII) ¿ Fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad? 1 Si. 2 No.

Es muy común que los problemas que ocasiona el tabaquismo sean la causa de visitas al médico y que éste sea el que, con su opinión, pueda tener un gran impacto sobre la disminución del consumo del tabaco e inicie un método individual para atender y asesorar a su paciente e incitarlo al cese del hábito.

Algunos tabacómanos pueden abandonar el hábito como resultado del consejo médico, en tanto que los que tienen mayor dependencia pueden beneficiarse con programas de cesación integrales ofrecidos en la clínicas de tabaquismo. Es una responsabilidad del profesional de la salud, el unirse a la lucha contra la epidemia del tabaquismo. Se dispone de muchos métodos de tratamiento que le permiten ayudar al paciente. El abandono del hábito no significa sólo prevención; es parte de un programa de tratamiento y rehabilitación.

En México (Rubio, Fabián, y col., 1995), la asistencia del médico es un gran apoyo para captar tabacómanos y su canalización al programa que en cada caso sea el más apropiado.

Aparte del método individual, via profesionales de la salud, hay programas de autoayuda y asesoría mínima. Estos programas incluyen actividades como: orientar, difundir, informar, concretar y dar respuesta a diferentes temas de salud relacionados con el tabaco, tratando de lograr un buen contacto con la población que asiste a los servicios médicos. La intervención consiste en establecer contacto personal con los fumadores a través de estudios socioeconómicos para asesorarlos adecuadamente en el abandono de su hábito.

Asimismo, se levantan encuestas para conocer los aspectos ligados al tabaquismo en el área de trabajo de los fumadores, las cuales permiten valorar la importancia del hábito de fumar en un determinado núcleo de personas y desarrollar un programa de pláticas simplificadas. La referencia de los casos problemáticos a las clínicas de tabaquismo, es una acción importante que contribuye a la solución de los mismos.

Los temas que abarca este programa se abordan con el apoyo de rotafolios, folletos explicativos, trípticos sobre tópicos específicos, teatro guiñol, periódicos murales y videos informativos.

El médico debe proyectar su imagen como un modelo a imitar no fumando en su área de trabajo.

Otra institución gubernamental que trabaja con una clínica de tabaquismo es el Hospital General de México, donde se han aplicado diversos modelos de intervenciones contra el consumo de tabaco en un lapso de más de 10 años.

La rehabilitación del tabacómano en esta clínica abarca dos aspectos:

- 1) Evaluación médica para la detección de factores de riesgo asociados al consumo de tabaco y enfermedades secundarias, mediante una serie de exámenes mínimos: Radiografía de Tórax PA y lateral, Papanicolau de expectoración, biometría hemática, colesterol en sangre, pruebas funcionales respiratorias y electrocardiograma.
- 2) Evaluación psicológica mediante entrevista de primera vez para descartar patología psiquiátrica, tratando de averiguar la historia de tabaquismo personal y familiar, el grado de motivación que tiene el paciente para abandonar su hábito, y el nivel de autoestima que presenta mediante el empleo de cuestionarios estandarizados. Se emplean dos tipos de terapia dependiendo de la evaluación psicológica previa y la personalidad del fumador.
 - a) Individual. El terapeuta, en coordinación con el individuo, lleva a cabo sesiones durante un tiempo determinado y en días fijos. Se incluyen pacientes con problemas psiquiátricos, con otras farmacodependencias o personalidad conflictiva cuya característica común es el tabaquismo crónico.
 - b) Grupal. Se integran grupos de seis a doce pacientes con ocho sesiones de 90 minutos cada una dos veces por semana inicialmente, y seis reuniones de seguimiento a los ocho, quince y treinta días, y a los dos, cuatro y seis meses.

Una vez concluida la terapia, se forma un grupo de exfumadores como reforzador a largo plazo.

Hay un consenso general en afirmar que el abandono súbito del consumo del tabaco es la mejor forma de dejarlo y la más recomendable, no así, la suspensión paulatina.

Becoña (1994), trata un aspecto muy importante en el proceso de abandono del hábito tabáquico: la recaída, tanto en el tabacómano que dejó de fumar por sí mismo, como el que participó en un programa formal de tratamiento.

Se conoce desde hace varias décadas que este proceso de recaída es semejante al de otras conductas adictivas como alcohol, obesidad, heroína, etc. Esto significa que un tercio de los que dejan de fumar recaerán en los meses siguientes al abandono. Este cuadro se ha mantenido a lo largo de los años y hoy cobra gran relevancia no sólo conocer el proceso de recaída que se da en los tabacómanos sino desarrollar estrategias que sean efectivas para impedir la misma o retrasarla al máximo. Para ello existen modelos que intentan explicarla y procedimientos de intervención para impedir o retrasar el proceso.

Marlatt (1993, citado por Becoña, 1994), ha sido el autor que ha catalizado la distinción entre caída y recaída en las conductas adictivas como el tabaco. Por caída, desliz o prueba, se entiende un proceso, conducta o evento que lleva a la aparición esporádica y momentánea del hábito previo, como puede ser encender

un cigarro un día en que el ahora exfumador se encuentra con un amigo al que lleva años sin ver. Una caída no implica una recaída. Por recaída se entiende volver al nivel anterior de consumo de la sustancia o del hábito a un nivel similar y desadaptativo, como el volver a consumir una cajetilla diaria si antes se fumaban dos. En el primer caso, hay un claro control de la conducta mientras que en segundo existe una clara pérdida del control. Esta distinción, además, ha favorecido el desarrollo de estrategias de prevención de la recaída, los cuales son actualmente uno de los modos más prometedores para conseguir que se incremente la eficacia de las intervenciones, al tiempo que su inclusión en los programas de tratamiento aumenta de manera clara la eficacia de los mismos.

Así, en el consumo de cigarros, siguiendo los criterios anteriores, se considera que un tabacómano cae si fuma un cigarro diario siete días consecutivos; si fuma más que eso o durante más tiempo se considera que ha recaído.

El modelo de prevención de la recaída de Marlatt se elaboró inicialmente para la conducta alcohólica y luego se traspasó al resto de las conductas adictivas, entre ellas el tabaco.

Para Marlatt (1993, citado por Becoña, 1994, pág. 30), la prevención de recaídas (PR) es "un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. Fundamentado en los principios de la teoría del aprendizaje social, la PR combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida". Por tanto, la PR puede utilizarse como una estrategia de entrenamiento o, de modo más general, para cambiar el estilo de vida.

Este modelo asume que cuando la persona está abstinente experimenta una sensación de control, que se incrementa conforme aumenta el periodo de abstinencia. Este control percibido, en una situación de alto riesgo, puede romperse. Para Marlatt, las situaciones de alto riesgo o causas de las recaídas se deben a dos tipos generales de factores: a los determinantes o factores ambientales intrapersonales, y a los determinantes o reacciones a los eventos ambientales interpersonales.

Los determinantes ambientales intrapersonales atañen a aquellos propios del individuo, internos, o a las reacciones a distintos eventos ambientales. Los determinantes interpersonales atañen a la presencia o influencia de otros individuos como parte del evento precipitante de la recaída.

Dentro de los determinantes ambientales intrapersonales se incluye, en primer lugar: los estados emocionales negativos, como el afrontamiento de la frustración, el enfado o ambos; así como a cualquier otro estado emocional negativo. Aquí se incluirán los sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado, así como los de miedo, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, tristeza, etc. Se incluirán también reacciones de estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, entre otros. En segundo lugar, los estados físicos o fisiológicos negativos, como el afrontamiento de estados físicos asociados con el uso previo de sustancias (por ejemplo, síndrome de abstinencia) así como el afrontamiento con otros estados físicos negativos (por ejemplo, dolor, fatiga, calambres, etc.). En tercer lugar, están los estados emocionales positivos; esto es, aquellos estados donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de

placer, alegría, celebración, etc. En cuarto lugar, la prueba del control personal, que consiste en probar de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso controlado o moderado de la misma. Finalmente, en quinto lugar, impulsos y tentaciones. Estos pueden darse ante el inicio de la sustancia (por ejemplo, un fumador enciende su cigarro al lado del exfumador), o en ausencia de indicios de la sustancia. En este último caso el sujeto, ante el impulso, procura conseguir la sustancia.

Dentro de los determinantes interpersonales, incluye tres. El primero es el conflicto interpersonal. Se refiere a un conflicto asociado con una relación interpersonal como matrimonio, amistad, familia, relaciones con el jefe, etc. Aquí, a su vez, se puede dividir tal conflicto interpersonal en el afrontamiento con la frustración o enfado (por ejemplo, desacuerdos, peleas, celos, disputas) como con otros conflictos interpersonales distintos a éstos, como ansiedad, miedo, tensión o preocupación. En segundo lugar, la presión social, tanto directa como indirecta, para el consumo de la sustancia. En el primer caso, es una persona o grupo la que ejerce presión sobre el individuo o le proporciona la sustancia. En el segundo, el individuo observa a una persona o individuo utilizando la sustancia o le sirven de modelo para su uso. Y, en tercer lugar, la mejora de los estados emocionales positivos, cuando así lo hace para aumentar los sentimientos de placer, celebraciones, excitación sexual, libertad, etc, en una situación interpersonal.

Marlatt hace notar que cuando se clasifica los episodios de recaída sólo se puede puntuar en una sola de las categorías anteriores, eligiendo el evento precipitante de la recaída más significativo y reciente. Cuando existen dudas entre categorías sugiere se dé prioridad a la primera (determinantes ambientales intrapersonales), sobre la segunda (determinantes interpersonales). Asimismo, el orden dentro de las categorías indica las prioridades en caso de duda.

El proceso por el que se produce o no la recaída en las conductas adictivas está dado por si en una situación de alto riesgo, la persona emite o no una respuesta de afrontamiento eficaz. al tiempo que experimenta una situación de dominio o percepción de control. Conforme se incrementa el tiempo de abstinencia o se afrontan cada vez más situaciones de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Cuando la persona no emite una respuesta de afrontamiento eficaz, por no tenerla, tenerla inhibida o no ponerla en práctica, se produce la recaída. Tal probabilidad de recaída se incrementa si el individuo espera efectos positivos al producirse la misma y se olvidan o minimizan los efectos negativos de su consumo anterior. El afrontamiento del estrés se considera hoy una de las principales causas para producirse este proceso, y por ello es un aspecto importante a tener en cuenta en la intervención.

Una vez que se produce el consumo, y si la persona tiene dicotomizado el concepto de consumo en consumir/no consumir, de todo o nada, se ve perdido. Esto lo ha conceptualizado Marlatt como efecto de violación de la abstinencia, que se caracteriza por la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culparse como causa de haber recaído).

Shiffman (1985, citado por Becoña, 1994), es otro autor cuyo modelo de prevención de la recaída ha sido la aportación más importante para el conocimiento específico de la recaída en tabacómanos, al tiempo que ha evaluado aquellas estrategias que son útiles para que los fumadores no recaigan. Sus

estudios se han basado principalmente en aquellos exfumadores que llamaban a un teléfono de autoayuda para evitar volver a fumar, a recaer. Su aproximación, denominada situacional, da gran importancia a los antecedentes situacionales presentes en la recaída. Ha obtenido sus datos a través de entrevistas realizadas a los exfumadores acerca de los antecedentes de la recaída o al impacto de las crisis de recaída en el exfumador.

En uno de sus más importantes trabajos, describe minuciosamente las causas más importantes de las recaídas en fumadores, a las que agrupa en siete: debido al afecto negativo, por sentimientos de relajación o felicidad, cuando está esperando a alguien o está aburrido, cuando utiliza el tabaco como sustituto de la comida, después de comer, por relación social y un grupo de otras, entre las que incluye otros fumadores presentes, síntomas de abstinencia y consumo de alcohol.

La primera, el afecto negativo, se refiere a sentimientos de tristeza, depresión, etc., que llevan a la persona a utilizar de nuevo sus cigarrillos, de tal modo que le sirven para superar ese estado.

Fumar cuando se tienen sentimientos de relajación o felicidad es lo contrario que la primera causa y, desde siempre, se le ha considerado como una de las principales causas de recaída. En este caso, la persona encuentra placer en una situación y el recuerdo de la compañía de su antiguo hábito de fumar, le hace bajar la guardia y vuelve a fumar.

El tercer motivo, cuando se espera a alguien o se encuentra aburrido, favorece volver a fumar, ya que al hacerlo, la persona se "entretiene" y puede ocupar el tiempo. Esta sería una de las principales causas de la recaída para aquellas personas que tienen pobreza de estímulos. En algunos tabacómanos cobra importancia entrenarlos para evitar el aburrimiento para que éste no sea una causa central en la recaída.

Hoy se sabe que cuando una persona deja de fumar mejora su sentido del gusto y del olfato en las primeras semanas, de modo considerable. Igualmente, ganará 2-3 kg. de peso en promedio, dado que los fumadores pesan esa cantidad menos que los no fumadores. Y aquí a veces se descubre que se utilizaba, o se puede utilizar, los cigarrillos para no tener hambre o controlar las ganas de comer, especialmente en adolescentes y mujeres. Por lo tanto, en grupos específicos, ésta es una de las causas más relevantes que producen la recaída. Por ello, en los programas de tratamiento es necesario dedicar un apartado concreto o comentar el tema de la relación entre consumo de cigarrillos y abandono, y peso, junto con las creencias asociadas con este tema, en alguna sesión orientada a prevenir este fenómeno.

Otra causa apuntada por Shiffman para recaer es la que se produce después de las comidas o en la sobremesa. La asociación entre tabaco, alcohol y café hoy es clara y los procesos de condicionamiento que se han producido a lo largo de los años previos entre estas sustancias, puede facilitar la caída posterior. Aquí serán deseables un adecuado apoyo social y tener un control estimular apropiado.

Las relaciones sociales, tan características de los humanos, han sido otra causa de la recaída en tabacómanos que recogen de modo importante los modelos. El motivo de volver a fumar en situaciones sociales puede darse con objeto de agradar a otra persona, sentirse mejor o más seguro, no defraudar, no ir en contra de la norma en una determinada reunión, etc. Este aspecto, que tiene una gran

importancia en el medio, exige tanto una concientización de la persona que ha dejado de fumar, como una educación de los fumadores para que no faciliten a aquellos que no fuman que vuelvan a hacerlo.

En la última se agrupan las tres ya mencionadas: presencia de otros fumadores, síntomas de abstinencia y consumo de alcohol. La presencia de otros fumadores, el ofrecimiento de cigarrillos por parte de éstos o ve cómo realizan su consumo, la disminución del control, el efecto de conformidad y, especialmente, la "tentación" que se produce en tales situaciones, provoca, en algunas ocasiones, que la persona que había dejado de fumar se sienta distinta ante otras personas que fuman y regrese de nuevo a su status anterior de fumador. Y que esto a su vez, se vea reflejado en las personas ante las que se encuentra en ese momento y que son fumadoras.

Otro motivo para la recaída, que en los últimos años ha cobrado más relevancia, son los síntomas de abstinencia producidos por la nicotina como: la necesidad de ésta, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución del ritmo cardíaco, aumento del apetito y del peso, entre los más importantes, y que la persona puede evitar volviendo a fumar; lo que conduce a sentirse mejor, refuerza la conducta de consumo de cigarrillos y recae de este modo con gran facilidad.

El consumo de alcohol es otro factor que favorece claramente la recaída dada la relación entre consumo de tabaco, alcohol y café, a menos que la persona adquiera adecuadas habilidades para negarse a los ofrecimientos.

En la mayoría de los casos, aquellos que recaen indican que esto se produce cuando experimentan sentimientos de ansiedad, depresión, ira o aburrimiento; o bien, cuando están ante problemas, crisis o estrés.

Por ello, Sutton (1993, citado por Becoña, 1994) apunta que los dos precipitantes más importantes de la recaída, serían los eventos displacenteros y los estados emocionales negativos. Sugiere que los fumadores siempre van a encontrarse con situaciones de alto riesgo, pudiendo o no recaer en ellas por lo que encuentra cuatro combinaciones posibles al referirse a situaciones de alto riesgo: la frecuencia (alta o baja) con que se expone a este tipo de situaciones. De este modo se tienen las siguientes combinaciones: baja frecuencia- alto riesgo; baja frecuencia- bajo riesgo; alta frecuencia- alto riesgo; alta frecuencia- bajo riesgo. Junto a ellas se puede agregar la complejidad y la variedad de la exposición.

Entre los factores más relevantes relacionados con la recaída en exfumadores están: el contagio social, el apoyo social, la vulnerabilidad a la recaída, y las habilidades y estrategias de afrontamiento.

El contagio social se ha considerado el factor más importante de la recaída y, al menos, un tercio de los tabacómanos recaen por efecto de la influencia social. Por contagio social se entiende la exposición a otros fumadores que funcionan como un estímulo para la tentación o la recaída y depende del fumador el hacer frente a la situación o provocar la caída y la recaída. Por esto se deben evaluar las situaciones de alto riesgo y el nivel de asertividad del sujeto para negarse al ofrecimiento de cigarrillos.

Teóricamente, es de esperarse que el apoyo social tenga gran importancia para el mantenimiento de la abstinencia. Se requiere el apoyo de los fumadores que rodean al sujeto que desea dejar el hábito para que no fumen en su presencia, y

es muy probable que este apoyo amortigüe los estresores del que espera conseguir la abstinencia permanente del tabaco, aunque es un factor difícil de controlar.

La vulnerabilidad a la recaída se refiere a tener más tentaciones de recaer. Puede explicarse de dos modos: el primero, por estar clásicamente condicionados los estímulos específicos que al dejar de fumar producen deseo, necesidad de fumar o ambas. El segundo, que el fumar cumple una función instrumental para el tabacómano (por ej, reducción del estrés). Es lo que se ha denominado fumar utilizado como una herramienta psicológica. Por lo mismo, sirve conocer puntos probables de recaída como conocer cuándo fuma, con quién fuma, en qué situaciones, qué siente. ver qué motivos destacan para que fume, evaluar la historia de crisis de recaídas del fumador y sus últimas recaídas. Aún con estos datos será difícil evitar la futura recaída por lo que este factor continúa investigándose para que pueda ser útil en los tratamientos aplicados a fumadores. Distintos estudios indican que aquellos fumadores que ponen en práctica adecuadas habilidades de afrontamiento serán los que se mantendrán abstinentes. Esto significaría que ante las crisis de recaída se debería contraponer estrategias de afrontamiento adecuadas. Shiffman (1989 , citado por Becoña, 1994), especifica cuatro formas: preparatorio, anticipatorio, inmediato y restaurativo, dentro de los que se pondrán en marcha estrategias específicas (como incrementar información sobre las consecuencias del tabaco, control de estímulos, estrategias de sustitución, cómo comer, etc).

La evaluación de las estrategias de afrontamiento pueden realizarse con autorregistros, métodos analógicos (como presentarle una situación de recaída hipotética). O con cuestionarios realizados para tal efecto. Ya conocidas las estrategias a seguir, se entrenará a los fumadores en tales habilidades.

Las estrategias son básicas para la eficiencia de las intervenciones en el tabaquismo, aunque también entrañan una enorme dificultad para que resulten efectivas.

Marlatt (1985, citado por Becoña, 1994) distingue estrategias específicas de intervención, que se centran en los precipitantes inmediatos del proceso de recaída, de estrategias globales de autocontrol, que serían aquellas que tienen por objetivo reequilibrar el estilo de vida del individuo así como identificar y hacerle frente a los determinantes encubiertos de la recaída. Las clasifica en tres categorías principales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y reequilibrio del estilo de vida.

Shiffman y col. (1985, citado por Becoña, 1994) también propone estrategias de prevención a la recaída basándose en sus causas principales y las dividen en tres grandes bloques: estrategias básicas, habilidades cognitivas y habilidades conductuales, cada una orientada a intervenir en las situaciones donde el tabacómano recae. Dentro de las estrategias básicas están: abandonar la situación, la distracción y esperar o retrasar la realización de la conducta. Las estrategias cognitivas son: imaginación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones; y dentro de las conductuales están: actividad física, relajación, conducta consumatoria alternativa, otros refuerzos y habilidades asertivas.

Otros estudios han utilizado programas específicos para evitar la recaída dentro de programas formales de tratamiento, la mayoría de los cuales se han centrado en entrenamiento, en autoinstrucciones o en solución de problemas.

El mismo Becoña ha estudiado estrategias de solución de problemas con amplias posibilidades para prevenir la recaída en fumadores, junto con un programa conductual multicomponente. Su actual programa pasa por cinco fases: orientación general hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y ejecución y verificación de la solución. Los resultados que obtiene indican si incrementa o no el nivel de eficacia, y del sujeto en tratamiento depende la aplicación de las técnicas aprendidas necesarias para superar situaciones de alto riesgo y mantenerse abstinentes.

Como ya se había indicado, es muy necesario dejar de fumar pero las recaídas pueden presentarse y conocer estos procesos ayudarán a impedirlos. Sin embargo, los sucesivos abandonos y recaídas, facilitan el abandono definitivo del tabaco, aunque la recaída sea fuente de frustración y desmotivación para el tabacómano. Aún con todo lo que ya se conoce sobre la recaída, hace falta mucha más investigación sobre este punto para implantar estrategias más eficaces que impidan ésta.

2.2 Concepto de Actitud.

El término actitud desempeña un papel predominante, sobre todo en la psicología social. Cada actitud posee un componente afectivo, otro cognoscitivo y un tercero, conativo. En el primero, son los sentimientos positivos o negativos hacia el objeto u objetivo; el segundo implica ciertos conocimientos positivos o negativos hacia el mismo objeto u objetivo; y en el tercero son las cualidades positivas o negativas que se tienen hacia los mismos.

Las actitudes se refieren a fenómenos que no pueden ser directamente observados, sólo inferidos, y sólo se pueden medir en forma indirecta.

El individuo responde con entusiasmo o aversión no sólo a las actividades, sino también a los grupos sociales, a las instituciones sociales y a los demás aspectos del mundo en que vive. Estas reacciones con diversas ramificaciones, constituyen la constelación de actitudes del individuo. (Thorndike, Hagen, 1982)

Para Kerlinger (1981), las actitudes constituyen realmente parte integral de la personalidad. Define a la actitud como "una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales. El referente es una categoría, una clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas." (pág. 348). Se adopta una actitud ante lo que rodea al sujeto, y se puede coincidir o discernir con firmeza.

Para Pick (1984), una actitud se define como "el grado de afecto positivo o negativo asociado a un objeto psicológico. Un objeto psicológico puede referirse a

cualquier cosa, situación, materia, acción o persona hacia la cual se pueda sentir o pensar diferencialmente". (pág. 73).

En la revisión de Reich y Adcock (1980), se encuentran las siguientes definiciones: Kretch, Crutchfield y Ballachey (1962), definen a las actitudes como "sistemas perdurables de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos y técnicas de acción a favor o en contra de objetos sociales".

Osgood, Suci y Tannenbaum (1957), las definen así: "Las actitudes son predisposiciones a responder, pero se distinguen de otros estados de propensión en el sentido de que predisponen hacia una respuesta evaluativa".

Smith, Bruner y White (1956) definen actitud como "una predisposición a experimentar, ser motivado por, y a actuar hacia, una categoría de objetos en una forma previsible". (pág. 30).

Thurstone (1928), dice que "el concepto actitud se usará para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado". (pág. 31).

Una actitud puede estar determinada por la personalidad de un individuo y sus predisposiciones en cualquier situación; por la interacción del niño y el adulto con otros miembros de su mundo social que es el proceso de socialización; por la pertenencia a grupos y cómo esto afecta a sus actitudes tanto dentro del individuo como en relación con otros ajenos a su grupo; y, las actitudes transmitidas al individuo en su calidad de miembro de una determinada clase social.

Según Reich y Adcock, las actitudes pueden ser positivas o negativas. Positivas, cuando se intuye que las personas prefieren a quienes son similares a ellas mismas; y negativas, cuando sienten aversión hacia quienes no se les parecen. Parece ser que las actitudes y las convicciones compartidas pueden desempeñar un importante papel en la similitud percibida, la que a su vez contribuye a la atracción interpersonal.

No se nace con las actitudes, como tampoco pueden éstas atribuirse a la maduración fisiológica, por lo tanto, las actitudes son adquiridas o aprendidas y hay una necesidad de adquirirlas. Además, cuando se sustenta una actitud en relación con algún objeto o persona, dicha actitud, a pesar de estar sujeta a cambios, posee algo fijo: parecer ser más bien perdurable que momentánea.

Las actitudes son los procesos o sistemas fundamentales mediante los cuales el individuo ordena su medio ambiente y su conducta en base a unos valores, porque necesita orden y certidumbre. Se tiende a categorizar o agrupar ciertos estímulos para determinadas respuestas y actuar sin preocupación pues si se entienden las "categorizaciones" de los demás, se puede interactuar con ellos y comprenderlos, y para que se pueda autoevaluar. Además, se cuenta con la libertad de actuar pero siempre dentro de ese orden. Se reacciona ante un medio ambiente ordenado, pero también se desea actuar sobre ese medio ambiente.

Como ya se dijo, al no ser directamente observables, las actitudes sólo pueden medirse en forma indirecta, y se concentran en uno u otro de los también mencionados componentes actitudinales (afectivo, cognoscitivo, conativo). Se necesita una medida para comparar a individuos o grupos y también para registrar cambios dentro de un individuo cuando éste cambió de actitud. En el mejor de los casos, una prueba al mismo tiempo confiable y válida también debe ser lo

suficientemente sensible para discriminar entre diferencias tanto finas como burdas a lo largo de toda la dimensión examinada. Como se necesitan puntos finos de discriminación, la mayoría de las pruebas se basan en reportes verbales. Es muy amplio el margen de medidas de respuestas verbales que se pueden utilizar. En un extremo, pueden visualizarse preguntas que, en apariencia, nada tienen que ver con la actitud en cuestión y cuyas posibles respuestas quedan abiertas. En el otro extremo, y ésta es la manera más frecuente de medir actitudes, se encuentran oraciones estandarizadas con clara referencia a la actitud examinada; la respuesta del sujeto está claramente definida, quedando reducida al mínimo la posibilidad de expresión personal, ya que se concreta a marcar la oración o palabra con la que está de acuerdo. Así, unas disposiciones subjetivas expresadas verbalmente pueden traducirse a valores numéricos, y hay preguntas elaboradas por el experimentador que significan lo mismo para todos los respondientes.

Según Kerlinger (1981), existen tres tipos principales de escalas de actitudes: escalas de clasificaciones sumadas, escalas de intervalos aparentemente iguales y escalas acumulativas (o de Guttman).

Las primeras (una de cuyas variedades recibe el nombre de escala tipo Likert), son un conjunto de preguntas sobre actitudes, que según se supone tienen de manera aproximada el mismo "valor actitudinal" y a las que los sujetos responden en grados diversos de acuerdo o desacuerdo. Para calcular la puntuación de las actitudes de un individuo se suman las puntuaciones de las preguntas formuladas en cada escala, o se suman y se promedian. La finalidad de las escalas de clasificaciones sumadas, como todas las escalas de actitud, consiste en situar al individuo en cierto lugar de un continuo de concordancia de la actitud en cuestión.

Las escalas de intervalos aparentemente iguales (entre las que está incluida la de intervalo constante de Thurstone), se basan en principios diferentes a los de las escalas anteriores. Aunque su producto final, una serie de reactivos sobre las actitudes, sirve también para asignar puntuaciones actitudinales a los individuos, estas escalas cumplen además la importante tarea de dar dimensión a dichas preguntas. A cada reactivo se le adscribe un valor escalar y éste indica la fuerza de una actitud en una contestación de acuerdo. El universo de reactivos es considerado como un conjunto ordenado; es decir, difieren en su valor escalar. Dichos valores se descubren por medio del procedimiento de la valoración escalar. Además, los reactivos de la escala que se usará, se escogen de manera que los intervalos entre ella sean iguales, característica psicométrica muy importante y deseable.

El tercer tipo de escalas, la escala acumulativa o de Guttman, consta de un número relativamente pequeño de reactivos homogéneos que son (supuestamente) unidimensionales. La escala unidimensional mide una variable y solamente una. Su nombre proviene de la relación acumulativa entre reactivos y puntuaciones totales de los sujetos. Si se conoce la puntuación total, se puede diagnosticar el patrón de respuestas mediante una escala acumulativa, del mismo modo que el conocimiento de las respuestas acertadas a las preguntas más difíciles sirve para predecir las que se darán a las más sencillas.

De manera análoga se pueden formular preguntas varias sobre algún objeto actitudinal. Si después del análisis los patrones de respuestas se disponen en la

forma indicada antes o en forma muy parecida, se dice que las preguntas o reactivos son unidimensionales. Por tanto, las personas serán clasificadas según sus respuestas escalares.

Las escalas de calificaciones sumadas se concentran en los sujetos y la posición que éstos ocupan en ellas. Las escalas de intervalos aparentemente iguales se concentran en los reactivos y en los lugares que éstos ocupan en la escala.

Un hecho muy interesante es que ambos tipos producen casi los mismos resultados en lo que se refiere a confiabilidad y a la colocación de los individuos en órdenes de rangos actitudinales. Las escalas acumulativas, centran su atención en la posibilidad de adscribir una valoración escalar a los reactivos y a las posiciones escalares de los sujetos.

La escala que se utilizó en la presente investigación pertenece al segundo grupo porque son reactivos a los que se les adscribe un valor escalar para detectar la fuerza de la actitud con respecto al tabaquismo.

Reich y Adcock (1980) mencionan que en las áreas relacionadas al cambio de actitudes, la psicología social obtuvo enorme provecho del concepto de consistencia cognoscitiva. Todos los modelos de consistencia tienen en común el postulado básico de que un individuo tiende a evitar la inconsistencia cognoscitiva. Así, cuando hay inconsistencia, varios mecanismos comienzan a funcionar para mitigarla. La teoría que más atrajo la atención y suscitó la mayor cantidad de experimentos fue la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1957, citado por Reich y Adcock, 1980), quien la esbozó basándose en la premisa de que un individuo siempre busca ser congruente consigo mismo. Se considera que los seres humanos no toleran la incongruencia y, cuando ésta se manifiesta, como por ejemplo, cuando un individuo cree en algo y actúa en forma contraria a sus convicciones, se siente motivado a reducir el conflicto resultante. Este conflicto o incongruencia, se llama disonancia. Festinger define así disonancia: "dos elementos se encuentran en una relación disonante, cuando, considerándolos en una forma independiente, el anverso de un elemento se desprendería del otro". (Festinger 1957, citado por Reich y Adcock, 1980, pag. 78).

Por elemento cognoscitivo, Festinger entiende un fragmento de saber, creencia u opinión, relativo ya sea al medio ambiente o a uno mismo. Estos elementos cognoscitivos pueden encontrarse en una de tres relaciones: disonante, consonante o irrelevante. Así, si un hombre opina que fumar es dañino para la salud, pero persiste en hacerlo, estas dos cogniciones mantienen una relación disonante. Sin embargo, si, por tener esta opinión acerca del hábito de fumar, abandona el cigarro, puede hablarse de una relación consonante. Si considera dañino el hábito de fumar y, al mismo tiempo, sabe que lava su automóvil todos los domingos, hay elementos de relación irrelevante.

La magnitud de cualquier disonancia que aparezca es función de las siguientes variables conceptuales: primero, la importancia de cada uno de los elementos disonantes y cognoscitivos. Así, cuando una opinión no tiene gran importancia, la conducta inconsistente con dicha opinión no crea sino relativamente poca disonancia; también es cierto lo contrario. La segunda variable consiste en que la magnitud de la disonancia es función del número de cogniciones consonantes y disonantes que existen en un momento dado. A mayor proporción de elementos disonantes en comparación con elementos consonantes, mayor disonancia se

llega a experimentar. La disonancia también es función de la superposición cognoscitiva; es decir, de la equivalencia funcional de los objetos o actividades representados por cada cognición. Así, mientras menos tengan en común dos elementos, mayor será la disonancia (Ej: el niño que debe elegir entre comprar un libro o ir de pesca; y peor aún, si tuviera que elegir entre ir al cine o al circo). Festinger impone un límite superior a la magnitud de la disonancia existente entre dos elementos, siendo este límite superior equivalente a la resistencia al cambio del menos resistente de los dos elementos. Si la disonancia excede de este punto, el elemento menos resistente será modificado para ajustarse al otro. En esta forma, quedará reducida la disonancia.

Festinger amplía sus formulaciones generales describiendo las implicaciones de la teoría en varias situaciones que, más específicamente, incluyen un proceso de toma de decisión. La disonancia surge muchas veces de situaciones de elección o decisión, que pueden dividirse en situaciones de libre elección y situaciones de acatamiento obligatorio. Todas las decisiones implican un conflicto previo a su resolución; después, y solamente después de la resolución, puede hablarse de disonancia, en este caso, un conflicto postdecisional.

Las situaciones de libre elección son aquellas que implican una elección entre dos o más alternativas positivas. La decisión de elegir una alternativa tan atractiva como otra debe crear una disonancia, y de ahí, originar presiones para reducirla. La reducción de la disonancia puede asumir una o varias de cuatro posibles formas. El individuo puede revocar su decisión, método de reducción que muchas veces no es factible, por lo que un método alternativo es el consistente en destacar el atractivo del ítem elegido y menospreciar el del ítem rechazado. Con frecuencia, esto puede lograrse reuniendo una mayor cantidad de información pertinente al caso o apoyando a la decisión engendrada por esta primera decisión. En cuarto lugar, puede acrecentarse la superposición cognoscitiva entre los elementos de decisión.

La segunda situación considerada es la de obediencia forzada o acatamiento obligatorio. Con esto, Festinger se refiere a la obediencia a presiones, sin el concomitante cambio en la opinión personal. Esta obediencia puede responder a la amenaza de un castigo o a la promesa de un premio. Sin embargo, una vez realizado el acto de obediencia, existe un estado de disonancia entre la conducta manifiesta del individuo y su opinión personal. La magnitud de esta disonancia disminuye a medida que decrece la desproporción entre el número de elementos disonantes y consonantes. En esta forma, si la obediencia es acompañada por un estado de disonancia, la adición de una importante recompensa produce un elemento consonante adicional, lo cual reduce la disonancia. Afirma que, si un individuo se niega a exhibir una conducta contraria a sus actitudes, no deja de experimentar una disonancia cuya magnitud depende de la cantidad de castigos o recompensas resultantes y de la importancia de la conducta a modificar. Mientras mayor sea la recompensa o el castigo y menos importante la conducta, mayor disonancia se experimentará.

Para poder reducir la disonancia creada por la resistencia, uno puede aumentar la importancia de la opinión o conducta discrepante, o efectivamente reducir la magnitud de la recompensa o el castigo.

La libre elección se concibe como un conflicto de tipo acercamiento-acercamiento (elección entre dos alternativas igualmente atractivas) y el acatamiento obligatorio, como un conflicto de tipo acercamiento-evitación, en donde uno se ve obligado a exhibir una conducta, seguida por consecuencias tanto gratificantes como aversivas (en donde se recibe una recompensa, pero "aceptándose" actitudes contrarias a las propias). Por lo tanto, la diferencia estriba en el tipo de conflicto del que surge la decisión.

Festinger también conceptualiza al grupo social como una enorme fuente tanto de reducción como de creación de estados de disonancia. Muchas veces, una persona puede recurrir a un grupo con la esperanza de encontrar nuevos elementos consonantes en una situación subsiguiente a su decisión de hacerlo, y descubrir, por el contrario, que ello produjo una disonancia aún mayor. El individuo se siente motivado a reducir la disonancia que experimenta, lo cual puede provocar que cambie de opinión o intente modificar la del otro, y reforzar la percepción de la otra persona como aburrida, necia o prejuiciada.

Se sugirió antes, que existen ciertas condiciones en las que el individuo se dedica activamente a buscar información. En la presencia de una relación disonante, la reducción de la disonancia puede asumir la forma de una búsqueda de información que añade un nuevo elemento consonante a dicha relación. Con una disonancia menor, habría, en consecuencia, poca búsqueda de información susceptible de acrecentar esta disonancia. El grado hasta donde se busque información consonante se relaciona directamente con la magnitud de la disonancia y asimismo, la evitación será susceptible de acrecentarla.

Según la formulación de Festinger, si la disonancia es en extremo alta, el individuo bien puede dedicarse activamente a buscar información disonante con el fin de llevar la disonancia hasta su límite, haciendo que por fuerza, cambie el elemento menos disonante, lo cual terminará por reducir la disonancia.

Sin embargo, no siempre es posible escoger a qué información se vaya a estar expuesto. Por ejemplo, la influencia de los medios masivos de comunicación es tan generalizada que resulta imposible predecir y, por lo tanto, buscar o evitar la información con la que se vaya a estar en contacto. Semejante información es, a todas luces capaz tanto de reducir como de promover la disonancia. En este caso, una elección o decisión no constituye una condición necesaria para que haya disonancia en el sentido de que se está expuesto a una información que contradice cogniciones previas. Así, es posible reducir la disonancia por uno o varios mecanismos como interpretar mal la información, apagar radio o televisión, o modificar las opiniones.

Otra teoría que enfoca la naturaleza en el cambio de las actitudes es la de la consistencia de Osgood y Tannenbaum (Reich y Adcock, 1980).

Lo que buscaron fue un modelo preciso, capaz de englobar la cuantificación de las variables y relaciones intervinientes, y de ahí, la magnitud y la dirección de un esfuerzo de adaptación ante una situación de incongruencia. Con sus trabajos realizados sobre el diferencial semántico, infirieron la existencia de una dimensión actitudinal, y sugirieron que una actitud representa una de varias dimensiones incluidas en un universo de "significado total". Luego, se procede a colocar a los objetos actitudinales a lo largo de varias dimensiones semánticas como

activo/pasivo ó fuerte/débil, pero la ubicación sobre la dimensión pro/contra es la que define la naturaleza valorativa de la actitud en cuestión.

Asumen que en un estado de estabilidad, las actitudes tienden hacia la máxima sencillez posible, o sea que, se desplazan en el sentido de la máxima polarización, ya sea positiva o negativa, aunque esto se aplica a actitudes aisladas, esto es, cuando dos actitudes se encuentran ligadas por una aseveración. Cuando una fuente identificable presenta una aseveración acerca de algún concepto u objeto, establece entre ellas una relación valorativa, no así cuando dos actitudes son incompatibles dentro de un sistema cognoscitivo.

Las aseveraciones que asocian la fuente al objeto pueden ser asociativas (A aprecia a B) o disociativas (A detesta a B), aunque no son del todo claras.

Cuando dos actitudes asociadas ocupan diferentes sitios sobre la escala de diferencial semántico, la totalidad de la presión existente hacia la congruencia es igual a la distancia, expresada en las unidades escalares que las separan. El que esta eventual evaluación resulte positiva o negativa depende de la dirección de la congruencia. El juicio más polarizado se modifica proporcionalmente menos que el menos polarizado.

Estas dos teorías hablan sobre el posible proceso de cambio en las actitudes, pero no siempre se es impermeable, parte de la información transmitida es asimilada por el sistema cognoscitivo, y otra parte de ella es rechazada, y otra llega a alterar las actitudes. Sin embargo, no deja de haber resistencia que tiene que manifestarse, ya que de otra manera, se oscilaría constantemente al ritmo de la comunicación persuasiva predominante, y en este caso, sería imposible cualquier tipo de inconsistencia en la conducta o en las actitudes.

No se puede examinar los parámetros que inducen, minimizan o invierten una efectiva persuasión, y esperar, en base a ello, producir resistencia a las mismas comunicaciones. Invertiendo las condiciones de unas comunicaciones persuasivas exitosas, es posible disminuir el cambio observado de actitud, pero la resistencia es algo más que esto.

Al analizar los factores intervinientes, es necesario tomar en cuenta qué tan general o qué tan específico puede ser cualquier fenómeno dado de resistencia. Así, aquellos rasgos de personalidad asociados, por ejemplo, con la rigidez, pueden considerarse como una predisposición del individuo que influirá sobre cualquier intento que se haga para persuadirlo, siendo ésta una característica general del individuo en cuestión, característica que habrá de intervenir en cierta medida en cualquier situación de cambio de actitud. El grado hasta donde esta predisposición vaya a crear resistencia dependerá de otros factores, pero sí es de esperarse cierta resistencia inicial de parte de semejantes individuos.

Si se examina la estructura del sistema cognoscitivo de cada individuo, se observa otro factor que determina la magnitud de la resistencia en términos de la centralidad de la creencia impugnada. Así, parece haber por lo menos tres niveles en que puede esperarse que sea inducida y opere la resistencia, las características perdurables o predisposiciones del individuo, los sistemas de convicciones susceptibles de cambiar y las manipulaciones específicas que, hasta el momento, sólo pueden definirse y utilizarse dentro de un contexto experimental, aunque pueden vislumbrarse sus implicaciones para el "mundo real".

Es evidente que si un individuo toma una decisión o asume una actitud, mostrará resistencia a cambiar dicha actitud, sobre todo cuando asumió públicamente ese compromiso. Así, aunque una decisión meramente privada pueda inducir cierta resistencia, la declaración pública de una creencia implica una resistencia aún mayor. Si uno decide en privado, se resistirá hasta cierto punto a intentos de convencerse de lo contrario. Sin embargo, al expresar públicamente su opinión, el compromiso es mucho mayor y la resistencia más enconada. Si el mismo individuo procede a actuar con base en sus creencias, la resistencia adquiere proporciones aún mayores. Existen ciertas condiciones bajo las cuales este compromiso se hace más coercitivo, como por ejemplo, cuando la conducta responde a presiones mínimas.

Cuando a un sujeto se le informa que otra persona piensa que él sustenta dicha creencia, el resultado es que se adhiera aún más firmemente a ella.

Otra manera de fortalecer la resistencia a la persuasión es que si se es capaz de anclar la creencia impugnada a cogniciones preexistentes, o por lo menos dejar entrever al individuo la posibilidad de semejante asociación, se hace difícil modificar la creencia en cuestión, ya que ello implicaría modificar toda una red de creencias, o bien, tener que tolerar un estado de inconsistencia cognoscitiva, lo cual es incómodo y difícil. Si uno asocia la creencia impugnada con otro valor aceptado, esta creencia permanece resistente al grado de ser percibida como instrumental en el alcance de una meta valorada positivamente y/o facilitadora de la evitación de una meta valorada negativa. En esta forma, es concebible una manipulación susceptible de acentuar esas asociaciones antes de la transmisión de una comunicación persuasiva, pudiéndose anticipar la ocurrencia de resistencias.

Mc Guire (1964, citado por Reich y Adcock, 1980), sugiere que el mero hecho de pedir a unos sujetos que reflexionen sobre creencias asociadas hacen que dichas asociaciones confieran mayor prominencia aún a la creencia inicial, facilitándose así una mayor resistencia a ataques subsiguientes.

El hecho de ligar una creencia a fuentes con valencias positivas, por ejemplo, haciendo constar que la opinión expuesta es sustentada por otras personas a las que el individuo valora mucho, inducirá resistencias a la modificación de dicha opinión.

Las técnicas de anclaje pueden utilizarse como preliminares a comunicaciones persuasivas y ser ajustadas específicamente a las áreas de convicción susceptibles de ser impugnadas. La subsiguiente resistencia suele ser provocada en una de dos formas. Primero, puede proporcionarse al individuo una nueva información que relacione a la creencia impugnada con otras cogniciones preexistentes. Segundo, puede trabajarse dentro del sistema cognoscitivo existente del individuo, haciendo resaltar asociaciones.

Rokeach (1963, citado por Reich y Adcock, 1980), considera que no todas las creencias de un individuo tienen para él la misma importancia, de modo que las creencias individuales en cualquier sistema varían a lo largo de una dimensión "centro-periferia". Mientras más cerca del centro se localice una creencia, más resistente será al cambio. Si una creencia central sufre un cambio, éste tendrá amplias repercusiones en el resto del sistema de convicciones.

Considerando esto, podría esperarse que las creencias centrales de cada individuo fueran a ser puramente idiosincráticas. Sin embargo, Rokeach supone que las creencias son sociales y asegura que las creencias centrales son creencias introvertidas respaldadas por un consenso unánime entre personas autorizadas. Esas creencias centrales representan verdades fundamentales acerca de la realidad física y social, así como de la naturaleza del ser, que constituyen un subsistema dentro del sistema total con el que la persona se encuentra más fuertemente comprometida. La violación de estas convicciones primitivas respaldadas por consenso unánime puede conducir a graves deterioraciones del autoconcepto y poner en entredicho la capacidad de enfrentarse a la vida, o inclusive la propia salud mental. Como la puesta en entredicho de estas creencias centrales puede acarrear consecuencias violentas, es evidente que dichas creencias serán muy resistentes al cambio en la mayoría de las circunstancias.

Es difícil renunciar a una creencia central, ya que ello implica alterar todo un sistema de convicciones relacionadas con dicha creencia, aunque, por otra parte, *una aparente obediencia forzosamente origina inconsistencia, provocando así tanto malestar psicológico como el que causaría el desacuerdo con juicios de otras personas.*

Finalmente, se mencionan a continuación, dos teorías que son aproximaciones funcionales al mantenimiento y cambio de actitudes en relación con las teorías psicoanalítica y del aprendizaje.

Katz (1960, citado por Reich y Adcock, 1980), describe cuatro funciones para conceptualizar a las actitudes.

La primera función, que denomina instrumental, adaptativa o utilitaria, reconoce en los individuos, la necesidad de luchar por obtener la máxima cantidad posible de gratificaciones en su medio ambiente externo y reducir al mínimo los posibles castigos. Esta función se cumple en la conducta de la mayoría de los niños y es una de las primeras en desarrollarse. El niño adquiere actitudes favorables acerca de los objetos que satisfacen sus necesidades, y otras desfavorables acerca de aquellos que lo frustran o castigan. Katz destaca el punto de que lo utilitario es el objeto actitudinal, mas no la actitud misma. Un individuo irá adquiriendo una actitud positiva hacia ciertos objetos, lo cual se asocia con un "hábito de acercamiento" a aquellos objetos que cumplan una función utilitaria. Asimismo, el individuo adquiere una actitud negativa y de ahí, un "hábito de evitación" de aquellos objetos que frustren sus necesidades. Adquiridas las actitudes asociadas con objetos utilitarios, primero serán suscitadas y luego cambiadas. Una condición es la activación del estado relevante, otra condición es la provocación de actitudes mediante pautas asociadas con el objeto de esas actitudes, pautas que tienen, a su vez, asociadas con ellas, sentimientos favorables o desfavorables.

Las condiciones que favorecen el cambio son muy similares en el sentido de que, al suprimir en el individuo la necesidad que satisface el objeto, o creando nuevas necesidades, es posible cambiar las actitudes asociadas. Asimismo, si se modifican las contingencias de castigo y recompensa, o si se hacen ver mejores maneras de satisfacer una necesidad ocurre el mismo cambio. Esta función está muy relacionada con la teoría del aprendizaje.

La segunda función es la defensa del yo, que se asocia al pensamiento psicoanalítico. Se manifiesta cuando el individuo intenta protegerse a sí mismo de descubrir verdades fundamentales acerca de su propia persona o de las realidades del mundo que lo rodea. Aquí, su enfoque se fundamenta más en lo relativo al prejuicio, en el sentido de que se concentra en actitudes hacia, por ejemplo, minorías. Unas actitudes defensivas del yo pueden ser provocadas por una amenaza interna o externa, eventos frustrantes, la provocación o acumulación de impulsos reprimidos y sugerencias de origen autoritario. Como esas actitudes muchas veces recurren al desplazamiento de la agresión desde el evento originalmente frustrante hacia otro objeto, más remoto y con frecuencia, difíciles de modificar. Sin embargo, el cambio puede surgir de la eliminación de la amenaza en un ambiente reconfortante (como por ejemplo, en terapia), o de situaciones que informen acerca de los aspectos negativos de la actitud sin llegar a amenazar en nada al individuo. Algunas actitudes defensivas del yo son despertadas por la acumulación de tensiones dentro de un individuo y pueden reducirse mediante la liberación catártica de sus sentimientos, aunque es frecuente que esta resolución sea tan sólo momentánea y no cambie realmente la actitud en cuestión. Además, Katz y sus colaboradores (1959, citados por Reich y Adcock, 1980), exploraron la posibilidad de cambiar actitudes defensivas del yo dirigiendo la introspección del individuo en sus propios mecanismos de defensa, procurando siempre que el interesado no se sienta amenazado al hacerlo.

La tercera función, Katz la denomina del conocimiento y se basa en la necesidad que tiene el individuo de sustentar, con el fin de evitar el caos, un concepto estable, organizado y significativo del mundo. Esto se logra estableciendo normas o marcos de referencia a partir de los cuáles se evalúen eventos, objetos, etc. Se considera que las actitudes brindan semejantes normas y que son obviamente relevantes aquellas que favorecen o mantienen la consistencia cognoscitiva. Semejantes actitudes suelen aparecer cuando surge algún problema imposible de resolver sin la información asociada con ellas. Este tipo de actitudes se modifican por necesidad cuando resultan inadecuadas para lidiar con nuevas situaciones debido, ya sea a una información nueva y discrepante con ellas, a un cambio en las condiciones vigentes en el medio ambiente o, finalmente, al hecho de haber entrado en contacto con una información más significativa.

La cuarta y última función se denomina expresión de valores y refleja la llamada "psicología del yo" en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo. Tiene tres aspectos importantes: a) brinda expresión positiva a los valores más importantes de un individuo y a su autoidentidad; b) facilita la definición del autoconcepto del individuo (por ejemplo, un adolescente adoptará los hábitos, la forma de vestir y los ademanes de su pandilla con el propósito de definirse a sí mismo como miembro de aquel grupo y establecer su status de adolescente); c) si un individuo entra en contacto con un nuevo grupo, ya sea de forma deliberada o por casualidad, muchas veces adoptará e internalizará los valores de dicho grupo, y la expresión de esos valores le ayudará a relacionarse con los demás miembros del grupo en cuestión. Katz considera que los individuos derivan satisfacción del hecho de expresarse a sí mismos y ser capaces de reflejar sus valores, creencias y autoconcepto. En el adulto, este autoconcepto es moldeado principalmente por fuerzas sociales, como lo son, por ejemplo, la socialización, la identificación con

grupos de referencia o la conformidad con determinadas normas. Para poder modificar las actitudes mediante el reflejo del autoconcepto, los publicistas necesitan conocer los antecedentes sociales. Hay más probabilidades de suscitar las actitudes asociadas cuando la situación estímulo contiene algo que indica al individuo que algún aspecto de su autoconcepto desempeña un papel importante en ella o cuando, en un pasado inmediato, se vieron frustradas las necesidades de autoexpresión del individuo. Katz sugiere que, para modificar esas actitudes, es preciso, ya sea provocar en el individuo cierto grado de insatisfacción con respecto a su autoconcepto, o bien, demostrarle que la actitud en cuestión discrepa con alguna convicción suya más importante.

Se tienen relativamente pocos trabajos de investigación realizados sobre la teoría de Katz, y los pocos datos que existen, presentan muchas discrepancias si se considera que las hipótesis examinadas no son exclusivas a una teoría funcionalista del cambio de actitud.

Otro autor es Sarnoff (1960, citado por Reich y Adcock, 1980), quien presenta en su teoría una descripción detallada de las implicaciones de la teoría freudiana, más específicamente en el área de las actitudes y del cambio de actitud. Primero, describe motivos y conflictos. Al motivo lo señala como un estímulo de operación interna inductor de tensión, que provoca que un individuo actúe de cierta manera que tienda a reducir la tensión generada por él y que puede experimentarse de una manera consciente. Por lo tanto, si dos o más motivos son activados en cualquier momento dado, necesariamente habrá conflicto. Sin embargo, si estos motivos difieren en cuanto a su intensidad, siempre se dará prioridad al más poderoso. Así, cuando no hay diferencia perceptible de intensidad, la forma en que se vaya a resolver el conflicto dependerá del que si los motivos se asocian con un temor intolerable, siendo, por lo tanto, inaceptables para la conciencia. En este caso, el individuo puede suprimir la percepción de uno de estos motivos, o bien inhibirlo, mientras permanece consciente de su existencia. Ahora bien, si los motivos son inaceptables, es posible suprimirlos mediante un mecanismo de defensa.

El niño aprende destrezas perceptuales y motrices que le ayudarán a disminuir la tensión motivacional dentro de las limitaciones impuestas por las restricciones propias de su medio ambiente. Así, un niño aprende a percibir y atraer la atención, pero evitando castigos. Por lo tanto, la resultante configuración es el yo, que permite al niño provocar las consecuencias apropiadas y evitar las aversivas. Muchas veces, el niño es incapaz de comportarse en una forma tan adaptativa, ya sea porque no aprendió las destrezas perceptuales o motrices apropiadas, o porque ignora cómo alcanzar sus metas (o evitar castigos). En un caso como éste, el yo puede perder por completo su función perceptual, o puede la tensión aumentar hasta tal grado que el niño pierda el conocimiento. Para evitar estas consecuencias extremas, el individuo emite respuestas implícitas ante su intolerable miedo, con el fin de preservar la función perceptual del yo. Esta respuesta puede manifestarse bajo la forma de una defensa del yo y cumplir la función de eliminar de la conciencia el motivo del miedo y cualquier otro que sea responsable de la aparición del miedo. Estos mecanismos de defensa del yo incluyen la proyección, en que la propia hostilidad se percibe en las personas que rodean al individuo o se "proyecta" hacia ellas; la represión, en la que se elimina

de la conciencia algún impulso inaceptable; la identificación, en la que se asumen ciertas características de otras personas, y así sucesivamente.

Sin embargo, no hay garantía de que la atención vaya a ser reducida mediante esos mecanismos y, para estar seguro de reducirla, el individuo necesita emitir alguna otra respuesta implícita. Entonces, este último tipo de respuestas toman la forma de síntomas, descritos por Sarnoff como respuestas manifiestas, reductoras de tensión, cuya relación con un motivo inconsciente no es percibida por el individuo.

Para Sarnoff, la actitud es una disposición a reaccionar en forma favorable o desfavorable ante una clase de objetos. Como las actitudes se infieren a partir de respuestas manifiestas y, dado que las respuestas manifiestas se emiten para reducir la tensión creada por unos motivos, es lógico suponer que se adquieren actitudes en el proceso de emitir respuestas reductoras de tensión ante varias clases de objetos y que estas actitudes son determinadas por el papel que desempeñan aquellos objetos al facilitar la reducción del estado de tensión. Por lo tanto, las actitudes se asocian con motivos tanto aceptables como inaceptables para la conciencia.

Con los primeros, según Sarnoff, los objetos presentes en el medio ambiente de un individuo se clasifican en dos importantes categorías. Existen objetos a los cuales necesita tener acceso y hacia los que debe emitir una respuesta manifiesta específica para poder reducir la tensión asociada con un determinado motivo. También existen aquellos objetos que facilitan o frustran las posibilidades de emitir las respuestas manifiestas específicas que sean necesarias, ya sea cerrando el acceso a metas específicas o conduciendo a ellas.

En esta forma, si los motivos de un individuo son aceptables para él, debe ser posible predecir varias de sus actitudes hacia objetos que forman parte de su medio ambiente.

Sobre los motivos conscientemente inaceptables, Sarnoff, expresa que la agresión es, con frecuencia, producida por aquellas personas que frustran al individuo, y puede ser reducida mediante respuestas hostiles o antagonicas. Como las actitudes anticipan respuestas, el individuo adquiere actitudes desfavorables hacia aquellos objetos hacia los cuales debe responder con actos hostiles, y actitudes favorables hacia los que facilitan la máxima reducción de su motivo de agresión.

Incluso cuando son aceptables todos los motivos asociados con un conflicto motivacional en particular, el individuo no puede responder en una forma que eliminara toda la tensión. Para poder reducir la máxima tensión asociada a un motivo, es preciso posponer las respuestas a otros motivos. La demora en la concentración en estos otros motivos puede ser facilitada por mecanismos de inhibición o supresión. Fenómenos como la duplicidad y la hipocresía pueden implicar precisamente este tipo de discrepancia entre la conducta de un individuo (a partir de la cual se infiere una actitud) y sus motivos conscientes e inhibidos.

Normalmente, se establecen mecanismos de defensa del yo cuyas acciones no son discernibles por el individuo, pero que le impiden tomar conciencia de motivos que tendrían implicaciones traumáticas para él. En esta forma, por ser inconsciente el individuo, tanto del motivo como del mecanismo de defensa, la relación conceptual y funcional de una actitud se vuelve mucho más complicada.

Como los motivos inaceptables para la consciencia de los individuos no pueden predecirse a partir de actitudes manifiestas, Sarnoff menciona dos condiciones que deben cumplirse para poder determinar con precisión la relación funcional que existe entre las actitudes y los motivos. Primero, es necesario postular qué combinación de motivos inaceptables para la conciencia y de mecanismos de defensa del yo pudieran explicar la respuesta manifiesta a partir de la cual se infiere la actitud. Segundo, es preciso demostrar empíricamente la relación existente entre dicha combinación y la actitud en cuestión.

El procedimiento parece lógico; ahora bien, la mayoría de las demostraciones toman la forma de correlaciones, en que las repuestas dadas a unas escalas de actitud se correlacionan con respuestas dadas a escalas de personalidad, listas proyectivas o entrevistas. La confiabilidad y la validez de algunas escalas de actitud son cuestionables; en el caso de las escalas de personalidad son muy dudosas, y puede afirmarse que la confiabilidad y la validez de las pruebas proyectivas son prácticamente nulas.

Los inconvenientes y problemas que presenta la comprobación empírica de cualquier aspecto de la teoría Freudiana son notorios.

En este segmento, se ha tratado de describir mediante la selección de algunas teorías, la definición de la actitud, así como sus cambios, el equilibrio que puede tener, la resistencia al cambio y su enfoque en el mantenimiento actitudinal en teorías como la psicoanalítica y la del aprendizaje.

A continuación se desarrolla la evolución que tuvo la teoría cognoscitivista sobre la cual se desarrolló la técnica de Redes Semánticas.

2.3 Técnica de Redes Semánticas para la medición de Actitud.

Los antecedentes teóricos sobre la teoría cognoscitiva, sobre la que se desarrolla la técnica de Redes Semánticas, se remonta hacia los inicios de la escuela Estructuralista de Wundt en 1879, cuando funda el primer laboratorio de Psicología en Leipzig, Alemania, donde realiza investigaciones sobre procesos, elementos o estructuras mentales a través del método de la introspección.

(Valdez, 1991).

Wundt (Wolman, 1980) defendió que el objeto de la psicología es la experiencia misma, la experiencia inmediata, la cual tiene dos facetas: por una lado, está la experiencia inmediata de la persona que experimenta; por otro, la persona que experimenta es un organismo viviente que responde a los estímulos externos. Las sensaciones son los elementos de la experiencia inmediata.

Pero las sensaciones se producen cuando es estimulado un órgano sensorial y las neuronas sensoriales conducen las excitaciones a los centros del sistema nervioso.

El método apropiado para el estudio psicológico debía combinar:

- 1) un tipo de experimentación fisiológico, 2) la autoobservación del sujeto de experimentación y 3) un análisis de los productos culturales de la mente humana.

Decía Wundt que los procesos mentales más elevados no pueden ser estudiados por el método experimental, pero sí pueden serlo, indirectamente, por la investigación de sus productos, como el lenguaje, las costumbres, las creencias, la tradición, las instituciones sociales, es decir, la totalidad de la cultura humana. Propuso tres métodos de investigación en psicología: introspección, experimentación e interpretación de las realidades históricas, que combinadas podrían alcanzar sus objetivos y toda el área de investigación.

La mente, decía Wundt, no es un objetivo; es un proceso; es algo que va adelante y del que se tienen noticias. *La mente es el proceso consciente que se produce de acuerdo con las leyes de la causalidad.* Los elementos de este proceso consciente son las ideas, los sentimientos y los impulsos. Los primeros proceden del exterior, los segundos y los terceros del organismo mismo. Las ideas se componen de sensaciones. Estas pueden distinguirse según su calidad y su intensidad, son conducidas por los nervios aferentes. Cada sensación va seguida por un movimiento muscular controlado por un nervio eferente. Una asociación es una conexión entre una sensación y un movimiento.

Los sentimientos no proceden de ningún órgano sensorial. Pueden dividirse en agradables o desagradables, tensos o relajados, excitados o deprimidos. Un sentimiento es la señal de una reacción de apercepción ante un contenido sensorial; el sentimiento es activo.

La volición apenas puede distinguirse del sentimiento: la voluntad es una especie de sentimiento, concretamente, un sentimiento de decisión o resolución, que conduce a una acción manifiesta. La volición es la misma esencia de la vida: representa a las necesidades del organismo y su tendencia hacia una conducta *intencionada*.

Wundt sostenía que la psicología estudia los procesos de la sensación, la volición y el sentimiento. La unidad de todos estos procesos se denomina conciencia. Los procesos se producen, cambian y desaparecen en la conciencia de uno. Lo que se puede observar es el estado momentáneo de conciencia o su "actualidad".

Considera que el factor unificante del proceso mental es la apercepción. Apercepción significa asimilación, inclusión de nuevas sensaciones, y su síntesis en la totalidad de la conciencia. El sentimiento es la reacción de apercepción ante un nuevo contenido sensorial. La volición es la respuesta activa. La apercepción es el punto central de la conciencia.

Posteriormente, aparece la corriente Gestaltista, la cual propone que la experiencia comprende un campo de eventos organizado y dinámico que siempre cambia y en el que todos los elementos interactúan o se afectan mutuamente. Por ello realizaron investigaciones sobre la percepción, el pensamiento y la solución de problemas, contribuyendo así, al conocimiento de los procesos simbólicos (Valdez, 1991).

Para los gestaltistas (Marx, Hillix, 1980), el todo domina las partes y constituye la realidad primaria, el dato primario de la psicología, la unidad más provechosa del análisis; el todo no es la suma, ni el producto, ni una simple función de sus partes, sino un campo cuyo carácter depende principalmente de sí mismo.

Suponen que las propiedades estructurales de los campos cerebrales y de la experiencia son topográficamente idénticas, es decir, que en lo que se refiere al orden, la relación entre ambos es de identidad, como la relación existente entre un

mapa y el país que representa, no son los mismo, pero sus estructuras son idénticas en el sentido de que se puede leer las características del país en el mapa y viceversa. Suponen que llegará un momento en el que lo que se conozca sobre la experiencia informará sobre la fisiología, y viceversa; sólo se necesitan más instrucciones para la lectura y un acceso más fácil a los fenómenos fisiológicos.

Muestran poco interés por la experiencia pasada, la que consideran que para que pueda ejercer algún efecto, debe modificar la condición presente del organismo. Trabajan con la experiencia real. Para ellos, las leyes de la ciencia, son las leyes de los sistemas. Formularon leyes de organización tanto en los campos de la percepción como en el del aprendizaje. El aprendizaje y la solución de problemas se relacionan, según la Gestalt, con la reestructuración del campo perceptual. Para explicar percepción y conducta, sólo utilizan las influencias actualmente activas en el campo. La memoria es así un proceso dinámico.

Así se llega a la Teoría Cognoscitiva (Valdez, 1991) que surge de una posición teórica conocida como PHI (Procesamiento Humano de la Información), aunada al desarrollo de la ingeniería en sistemas. Cognición se refiere a "los procesos por los cuales el ingreso sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recuperado o utilizado, y términos como sensación, percepción, imaginación, recuerdo, solución de problemas y pensamientos, entre otros, se refieren a etapas o aspectos hipotéticos de la cognición. La psicología cognitiva se preocupa por toda la actividad humana". (pag. 13)

El cognoscitismo enfatiza la interacción activa del sujeto con la información de su mundo, y por ello se considera al hombre como un procesador de información, con un sistema sensorial, un generador de respuesta, una memoria y un procesador central.

Greene (1982), expresa que en el cognoscitismo no se puede generalizar en estímulo-respuesta porque para esta corriente del pensamiento puede haber varios estímulos y una respuesta, o viceversa. Dice que es imposible dar respuesta a una situación desconocida, y que el individuo realiza respuestas que le sean satisfactorias, para almacenarlas y retroalimentarlas con alternativas para comparar sus hipótesis.

Una de las áreas desarrolladas por esta corriente del pensamiento es la memoria semántica. Plantean cómo la gente depende de la información que tiene disponible por las circunstancias (estímulos), la memoria (experiencias pasadas) y la retroalimentación que recibe como consecuencia de la acción (cuestiones sociales o no sociales).

Howe (1981), dice que una de las funciones más importantes de la memoria humana es almacenar información porque de ello depende el comportamiento humano. Es un proceso dinámico y activo de reconstrucción de la información almacenada, y es muy importante pues no se puede recordar algo a menos que se haya retenido. Existen varias formas de asegurar que algo almacenado pueda recuperarse y cuando se debe retener gran cantidad de información, es preciso reflexionar mucho para asegurar que la información pueda hacerse de una manera eficaz. La memoria tiene más de un sistema de retención o de almacén, pero integrado en un todo, pues el material que se retiene, debe almacenarse de

acuerdo a sus diferentes características (como las auditivas, visuales, según su significado abstracto, etc.)

Valdez (1991) menciona que una de las más importantes explicaciones a cómo se almacena, recupera, reconstruye y se utiliza la información dentro de la psicología, es la que se ha dado a partir de la división de la memoria en dos grandes almacenes: el de la memoria a largo plazo (MLP), y el de la memoria a corto plazo (MCP).

En la memoria a corto plazo, la información entra por vía perceptual hacia ésta, donde puede perderse (se olvida) si no es repasada. Es de capacidad limitada y de permanencia muy corta. Además, parece basarse en características acústicas o auditivas del material, que son los elementos con los que posteriormente trabajará la memoria a largo plazo.

Valdez (1991) cita a Howe (1981) para describir así la memoria a largo plazo: "resulta ser activa porque implica la selección, organización y consolidación de los materiales, de acuerdo con sus cualidades abstractas o sus significados, la MLP es de capacidad ilimitada y de alta permanencia. La permanencia de la información, es la principal diferencia entre los dos almacenes". (pag. 14).

La memoria semántica se ubica dentro de la memoria a largo plazo junto con otro tipo de memoria, la episódica. Esta última recibe y almacena información acerca de datos temporales, de episodios o eventos, y de las relaciones espacio-temporales que se dan entre estos eventos.

La memoria semántica es la que se necesita para el uso del lenguaje (Gregg, 1978), organiza el conocimiento que se posee acerca de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados y referentes, sobre las relaciones entre ellos, reglas, fórmulas, etc., para la manipulación de esos símbolos, conceptos y relaciones. Toma en cuenta la capacidad humana para construir una representación interna de la realidad para interpretar experiencias perceptuales, que con las pasadas se hacen predicciones y se conectan para hacer nuevas combinaciones. Contiene información que no se asocia con un tiempo o lugar particular y trabaja con eventos cognitivos internos (conceptos y significados). Este tipo de información se almacena durante períodos prolongados, por lo general durante la mayor parte de la vida del individuo. No está asociada con un tiempo o lugar en particular.

La memoria semántica contiene las palabras y las características que las definen, lo cual le permite cumplir con el papel de diccionario y enciclopedia. Según esto, es necesario distinguir entre la palabra como estímulo y la palabra como el conjunto de características que forman su representación en la memoria. Los diversos métodos para valorar el significado confirman que las relaciones existentes entre los significados de las palabras son complejas y con gran cantidad de referencias cruzadas. La rapidez con la que se pueden producir y comprender los ítems verbales en el habla sugiere una eficiente organización de los procesos de almacenamiento y recuperación.

A la luz de la revolución cognitiva en los años 50's (Anguas y Reyes, 1998), un grupo de psicólogos pugna por establecer el estudio del significado como el concepto central de la psicología, sin embargo, muy al principio de esta revolución el énfasis en el estudio del significado fue cambiado, es decir, se trasladó de la

construcción del significado al procesamiento humano de la información (PHI), con la introducción de la computación.

En esta situación, Bounsfeld (1953, citado por Valdez, 1991), describe un fenómeno llamado Cúmulos de Categorías o Cúmulos Categóricos, trabajando en el área de la memoria semántica.

Encontró que cuando las palabras se representaban azarosamente, los sujetos recordaban éstas en grupos de acuerdo a las categorías.

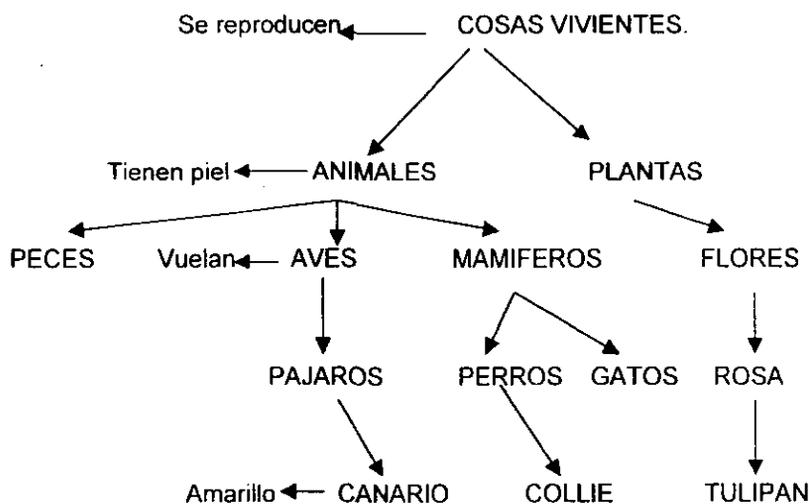
Esto resalta un importante aspecto de la conducta humana que es la habilidad para agrupar cosas y acontecimientos en clases o categorías de modo en que todos los que pertenezcan a una clase puedan ser tratados como equivalentes en ciertos aspectos. El proceso de clasificación es importante por simplificar un mundo complejo al reducir el número de diferentes tipos de cosas y acontecimientos con los cuales se tiene que tratar; esto reduce la carga de procesamiento de información impuesta al organismo. La categorización, o sea, el establecimiento de similitudes, es lo contrario de la discriminación, o sea el establecimiento de diferencias entre cosas y acontecimientos. El uso del lenguaje implica que la categorización y la discriminación deben ser posibles cuando se trabaja con representaciones verbales en vez de con cosas y acontecimientos reales, y la memoria semántica, debe contener suficiente información para permitir que estas procesos se lleven a cabo. Un modelo completo de memoria semántica debe tener en cuenta no sólo la capacidad de tomar las decisiones correctas, sino también la rapidez con que se puedan tomar. Asimismo, la velocidad con que pueden interpretarse los símbolos lingüísticos y las ideas traducirse en palabras durante la comprensión y producción del habla es de aproximadamente dos palabras por segundo. Debido al gran número de "hechos" almacenados en la memoria semántica y la complejidad de las relaciones existentes entre los significados de las palabras, estas velocidades de interpretación y generación sugieren que los procesos de entrada, almacenamiento y recuperación deben estar económicamente organizados. Los principios de economía en los procesos de almacenamiento y recuperación se explican mejor haciendo referencia a las computadoras que son construidas tomando en cuenta este tipo de principios. Así se reduce el tiempo necesario para la búsqueda de hechos en la memoria y economiza el espacio de almacenamiento de palabras. (Gregg, 1978).

Sobre esta organización, Quillian (1968, citado por Gregg, 1978), elaboró un programa llamado Comprensor Idiomático del Lenguaje que ordenaba la información en forma de red interconectada por "nodos" (unidades o conceptos), en forma jerárquica y lógica en una gigantesca red. Los conceptos pueden ser más grandes o generales que otros a lo que se llamó economía semántica. Con Collins (1969, citado por Gregg, 1978), realizó una investigación para probar el modelo. Les presentaron a los sujetos oraciones como "Un canario puede cantar", "Un canario es un pájaro", "Un canario es un animal", "Un canario es rosa", "Un canario es un pescado", y les pidieron que indicaran si la oración representada era falsa o verdadera, teniendo que oprimir un botón para cada opción de respuesta. Además, midieron el tiempo de reacción que les tomaba emitir cada una de las respuestas. Hipotetizaron que a los sujetos les tomaría más tiempo dar una respuesta cuando la información se encontrara más alejada del nivel donde estuviera ubicado el concepto por el cual se les estaba preguntando. A esta

distancia entre los conceptos, dentro de la red jerárquica, se le llamó distancia semántica. Quillian fue el primero en proponer esta forma de organizar la información en la memoria.

Fig. 2.1

Representación de una parte de la memoria semántica (Gregg, 1978).



Basándose en el experimento realizado por Quillian y Collins (1969), este último, junto con Loftus (1975, citados por Valdez, 1991), llevaron a cabo un trabajo en el que utilizan la distancia semántica como principio central de la organización de la red en memoria. Utilizan conceptos que están primordialmente determinados por su similitud en cuanto al "sonido" y crean la Teoría de la Activación de la Dispersión que supone que cuando un nodo es activado, ya sea que se oiga, vea o lea algo acerca de un concepto, esta activación se continúa hacia otros nodos que se relacionan con el primero que se activó y decrece con el tiempo y la distancia.

Figueroa y Carrasco (1980, citados por Valdez, 1991), se propusieron estudiar las redes en forma natural, que las generaran los sujetos y las jerarquizaran, lo que les permitió un análisis cualitativo y cuantitativo de la forma en que los sujetos tienen representada la información. Así, se conoce la forma en que se representa

un concepto en la memoria y conocer su significado. En este sentido, las redes semánticas son un método potente para la explicación de un problema muy importante para saber el cómo puede influir la información que se tiene acerca de algo, con respecto al comportamiento que se tiene para con ese "algo". A mayor número de palabras definidoras, más definición tendrá la palabra estímulo utilizada. A cada definidora se le asigna un valor semántico por su importancia con respecto a la palabra estímulo (jerarquía); así se logra un mapeo de la organización de la información en la memoria.

Uno de los postulados básicos de las redes semánticas es que debe haber alguna organización interna de la información contenida en la memoria a largo plazo, en forma de red, donde las palabras o eventos forman relaciones que en conjunto dan el significado, dado por un proceso reestructurativo de información en la memoria y que aporta el conocimiento de un concepto. Sin embargo, no todas las definidoras son igual de importantes para definir la palabra estímulo o concepto central, lo cual se puede saber a partir de las jerarquías obtenidas por cada definidora. Las redes son una idea de la representación de la información que puede ir cambiando, ya que el conocimiento adquirido se integra a la estructura presente enriqueciéndola. Además, la información que se obtiene de las redes, no sólo se refiere a los objetos concretos, sino que contiene eventos, relaciones lógicas, de tiempo, afectivas, etc.

Por lo anterior, esta organización cognoscitiva del sujeto con elementos afectivos y conocimientos que reflejan la imagen del universo que tiene la persona y su cultura subjetiva, van a dar la producción de su conducta.

Los conceptos dados por los sujetos no tienen ninguna limitante más que su propia capacidad. Por eso se considera esta técnica metodológica para el estudio acerca del significado psicológico de un concepto, en este caso, del tabaquismo para que sea definida con otros conceptos en redes semánticas.

2.4 Actitud ante el Tabaquismo.

Haciendo una recapitulación de lo que hasta el momento se ha mencionado sobre el tabaquismo, pese a los problemas fisiológicos que pueden provocar la muerte prematura en el que tiene este hábito por las disfunciones que produce en todo el organismo, la ya conocida adicción física y psicológica comprobada de esta droga con sus múltiples factores psicológicos, y los mecanismos sociales, económicos y ambientales que aún, con todas las investigaciones realizadas sobre este tema, todavía lo sustentan, falta conciencia y conocimiento sobre el tabaquismo en nuestra población.

Es muy reciente la inclusión del tabaco como droga potente en la clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, pues apenas lo reconocen así desde 1980 (Díaz y Casillas, 1994). En Estados Unidos ya se maneja una fuerte campaña antitabaco que ha resultado muy exitosa en ese país. En México, aún falta mucho para reconocer que los problemas provocados por los riesgos personales pueden tener soluciones de carácter social, como un aporte de

importancia a la Salud Pública moderna. Cada individuo elige, pero esa selección está determinada por circunstancias sociales, económicas y ambientales, que ya se han mencionado. Los cambios actuales como la mayor concentración de la población en las urbes para encontrar trabajo, los cambios estructurales en la población, el avance educacional en la sociedad y los logros modernos y masivos en la publicidad que se hace en los diversos medios, además de la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo, hacen más susceptible al individuo hacia el tabaquismo. Además, junto con el alcohol, es una de las drogas permisivamente más vendidas, porque no se aprecian en el aspecto social, mal vistas. Otra cosa que produce mayor incidencia, es que los efectos nocivos del tabaco, aparentemente, no se producen en forma rápida, sino que van apareciendo con el tiempo, lo que hace al sujeto tabacómano confiarse en que no le sucederá nada. Falta considerar al tabacómano como lo que es, un enfermo tanto de cuerpo como de la mente por los efectos que este hábito conlleva, y que necesita apoyo.

Ya se empieza a legislar para abatir el tabaquismo, igual que se han creado campañas para crear conciencia del problema pero falta mucho para que el tabaco sea tan mal visto como las otras drogas. El legislar no basta por sí solo, se tiene que vigilar, estrictamente, el cumplimiento de todas esas disposiciones en todas las áreas para que realmente funcionen.

Debe cuidarse a la población menor de edad pues es ahora el mercado que buscan las tabacaleras para afianzar sus finanzas futuras porque el adulto tabacómano ya está cautivo y es precisamente el que trabaja.

Los métodos de rehabilitación en las clínicas especializadas en tabaquismo cuentan con técnicas diversas, tanto biológicas como psicológicas para ayudar al tabacómano a reincorporarse sin el hábito a una vida normal. Se continúa buscando la forma de atraer a más personas fumadoras para prestarles estos servicios, y eso sin contar con la gran cantidad de pacientes que caen y consideren reincorporarse a las terapias. Está visto, según la Encuesta Nacional de Adicciones de México (Tapia-Conyer y col., 1990), que el método que fue más utilizado por quienes quisieron abandonar este hábito y el que resultó más eficaz, fue el abandonar abrupta y voluntariamente el uso del cigarro. Este es un punto muy importante que debería ser estudiado en forma más profunda.

Sin embargo, aunque el tabacómano tenga conciencia de su problema y esté en la mejor voluntad para abandonarlo, se presentan múltiples factores, tanto internos como externos, en los que se puede presentar lo que Becoña (1994) trata como un aspecto importante en este proceso de abandono: la recaída. Se mencionan modelos teóricos que tratan de explicarla (Marlatt, 1993, Shiffman, 1985, Sutton, 1993, citados por Becoña, 1994), y sus procedimientos de intervención para impedir o retrasar su proceso. Este punto es de suma importancia para que no se presente el tabaquismo, y puede aplicarse de hecho, en cualquier tratamiento con otras drogas. En México, aún falta conocer mucho sobre este aspecto.

La recaída debería formar parte de futuras investigaciones que prevengan su aparición, aunque forma parte importante en un proceso en el que sucesivos abandonos y recaídas llevarán al definitivo abandono del tabaco. Lo que se debe cuidar en el abandono del tabaquismo, es que la frustración y la desmotivación

que presenta el adicto hacia esta droga, puede provocar que esa recaída sea indefinida y el principal propósito es que se elimine de forma total. Por ello, la investigación sobre la recaída dará como fruto estrategias más eficaces que la puedan impedir.

La actitud del tabacómano para ser atendido con un tratamiento especializado responderá a todos los factores antes mencionados.

Kerlinger (1981) menciona una "predisposición organizada" lo que hace que se sienta, piense, perciba y comporte de cierta forma ante un referente (categoría, clase o conjunto de fenómenos) o un objeto cognoscitivo. El medio físico y social en que se desarrolla un sujeto lo predispone a ciertas conductas adquiridas o aprendidas en dicho medio para ser aceptado en éste, lo cual le da orden y certidumbre para interactuar, comprender y evaluar pues aún cuando tiene libertad de acción se tiene que someter a ese orden.

En la presente investigación se observan los tres componentes de la actitud del tabacómano hacia la rehabilitación de este problema: el afectivo, por que se integran sus sentimientos positivos y negativos hacia el tabaco; el cognoscitivo, por que al utilizar la técnica de redes semánticas, se usa la teoría cognoscitivista que implica el conocimiento que se tiene sobre el tabaquismo y el trabajo que ejecuta con su memoria con lo cual se sirve este estudio; y el conativo, que son las cualidades positivas o negativas que encuentra el sujeto en las palabras estímulo.

Puesto que se manejó una prueba realizada sobre la Técnica de Redes Semánticas, y dichas redes se basan en el cognoscitivismo que enfatiza la interacción activa del sujeto con la información de su mundo para procesarla con un sistema sensorial, un generador de respuesta, una memoria y un procesador central, teorías como la de Festinger (1957, citado por Reich y Adcock, 1980), explican de manera cognoscitiva, los procesos de cambio conductual cómo es que el tabacómano, conociendo lo que sabe sobre el tema, pretende o no evitar los problemas que su adicción le provoca o provocará, a él y a quienes lo rodean, con su teoría de la disonancia cognoscitiva, pues expresa que el hombre trata de ser congruente consigo mismo. Si embargo, al tratar de ser congruente o consonante, como Festinger llama al actuar acorde a su realidad, esa elección le puede producir desequilibrio, por eso busca ayuda en las clínicas especializadas para liberarse del tabaco, y vencer la resistencia (Osgood y Tannenbaum, citados por Reich y Adcock, 1980) que se presente al cambio de esta actitud si se ve rodeado de tabacómanos que no tienen la misma idea de abandono de la droga.

Las teorías psicoanalítica y del aprendizaje, tratan de explicar el por qué de mantener una conducta que el propio sujeto sabe que es dañina aunque ésta le cause placer, seguridad, etc.

Al investigar la memoria semántica, una de las áreas sobre las que más han trabajado los teóricos de la corriente cognoscitivista, se puede internar más en las actitudes humanas pues ellos consideran que la actividad humana está basada en nuestros propios conocimientos aprendidos del medio ambiente y social en el cual se desarrolla el sujeto. Esos procesos de acumulación de información le permitirán almacenar en su memoria y recuperarlos en forma organizada, de acuerdo a la categoría de lo aprendido.

La información proporcionada en base a la técnica de redes semánticas podrá ampliar el conocimiento sobre marcadas ideas que conservan los tabacómanos hacia esta droga como el por qué no acepta que es una droga; el por qué se niega a aceptar que le produce daño desde el mismo momento en que lo consume y espera a que el mismo tiempo determine el deterioro que le causa; el que no entienda que molesta y daña a quienes lo rodean; que él mismo huele en forma muy desagradable; que le produce halitosis y que mancha sus dientes lo que socialmente lo perjudica en su presentación; el por qué no apoya a quienes desean abandonarlo al expresar que "no es culpa suya" y no quiere "pagar" por la superación de otro tabacómano; que un medio tabacómano hace más difícil la salida del que desea abandonar este nefasto hábito; que no quiere subir de peso y fumar sustituye las calorías que no desea en su organismo aunque lo desequilibre en realidad, etc.

Solo se pretende iniciar con esta investigación, tratado desde el punto de vista del cognoscitivismo, un enfoque que podría dar pie a nuevas investigaciones sobre tabaquismo, sobre el que nunca será suficiente la información que se obtenga para poder evitar los graves problemas que su uso conlleva.

CAPITULO 3

CAPITULO III

METODOLOGIA.

3.1 Introducción.

Como ya se puntualizó en el desarrollo teórico de esta investigación, el tabaquismo es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial (Díaz, Casillas, 1994) y causa de muertes prematuras porque reduce la esperanza de vida de millones de personas. Las erogaciones públicas y personales son muy fuertes para subsanar los enormes problemas biológicos que produce. Aún no se aprecia como enfermedad, ni se tiene conciencia de tal por ser una droga legal y socialmente aceptada.

El Dr. Elisardo Becoña (1998) afirma que la mercadotecnia y las millonarias campañas publicitarias, más los intereses creados a su alrededor son aún elementos básicos para mantener muchas de las conductas adictivas actuales, con el conocimiento de los trastornos que pueden tener. Siendo la nicotina del tabaco una droga muy potente, envuelve por igual a hombres y mujeres, de la edad que sea, sin importar su nivel socioeconómico.

Atendiendo a la llamada de alerta en salud pública para acabar con el tabaquismo que realizó la Organización Mundial de la Salud; en México, desde 1983 (Secretaría de Salud, CONADIC, 1987), el gobierno creó el Consejo Nacional contra las Adicciones presidido por la Secretaría de Salud y elaboró un Programa contra el Tabaquismo actuando junto al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para crear su Clínica de Tabaquismo. A partir de este modelo, otros hospitales públicos y privados atienden en clínicas creadas con el fin de rehabilitar al tabacómano.

Ya se promueven normas y restricciones legales que ahora deben hacerse cumplir. Organizaciones privadas se unen a favor de evitar esta droga, y otras más para mejorar la calidad de vida de la población mexicana.

Ya se conocen muchos problemas biológicos relacionados con el tabaquismo, social y económicamente se puede detectar cómo afecta, pero psicológicamente aunque la literatura ya es muy extensa en este sentido, aún falta conocer mucho sobre lo que conduce a una conducta adictiva tan poderosa como el tabaquismo, pero más importante es saber por qué se acerca el individuo tabacómano para solicitar ayuda para abandonar el hábito pues puede aportar mucho conocimiento sobre la forma en que se puede capturar más gente para su rehabilitación, lo cual se aplicaría en las campañas e incluso en las terapias para brindarle la mejor ayuda.

Por ello, de acuerdo a la literatura revisada y a la misma necesidad que se plantea, se presenta la siguiente investigación para conocer sobre la actitud que lleva a los tabacómanos a rehabilitarse.

3.2 OBJETIVOS.

Los objetivos propuestos para esta investigación son los siguientes:

3.2.1 Objetivo General.

Determinar la actitud del tabacómano hacia la rehabilitación cuando acuden por primera vez a una Clínica de Tabaquismo.

3.2.2 Objetivos Específicos.

- a) Determinar qué conceptos son los más abordados por los tabacómanos para medir su actitud hacia la rehabilitación.
- b) Determinar cómo pueden esos mismos conceptos ayudar para captar más tabacómanos para rehabilitarlos y cuáles pueden utilizarse para mejorar las terapias.

3.3 Planteamiento del problema.

¿Cuál es el concepto general del tabacómano hacia la terapia de rehabilitación?

Los conceptos, ¿servirán para aportar mejoras a las terapias de rehabilitación para tabacómanos?

3.4 Variables.

Variable independiente: Tabacómano.

Variable dependiente: Actitud hacia la terapia de rehabilitación.

3.4.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Variable Independiente:

Tabacómano: "Persona que fuma tabaco". (Díaz, 1997, pág. 32).

Variable Dependiente:

Actitud: Según Kerlinger (1981), "Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales. Es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. El referente es una categoría, una clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas". (pág. 348).

3.4.2 DEFINICIONES OPERACIONALES.

Variable Independiente:

Tabacómano:

Sujetos que consumen y presentan adicción al tabaco, y como consecuencia acuden a una clínica especializada para rehabilitarse.

Variable Dependiente:

Actitud ante la Terapia de Rehabilitación:

Es la que se obtendrá por medio del instrumento elaborado para medir conceptos que aporten datos para conocer la actitud e incluso para aportar mejoras en las terapias de rehabilitación, mediante la técnica de Redes Semánticas.

3.5 Muestra.

La muestra estuvo constituida por 70 sujetos tabacómanos que asistieron a iniciar sus terapias de rehabilitación a la Clínica de Tabaquismo de una Institución Pública del Sector Salud en el Sur de la Ciudad de México.

3.5.1 Tipo de Muestreo.

Se utilizó un tipo de muestreo probabilístico pues son sujetos tabacómanos seleccionados al azar entre los que llegan a iniciar su rehabilitación.

De igual forma, es por cuota porque para el fin de la presente investigación se realizó una clasificación por grupos, según sus características.

3.6 Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio experimental de campo porque la investigación se llevó a cabo en una clínica de tabaquismo de una Institución Pública del Sector Salud en la Ciudad de México. Es transversal porque se aplicó a 70 sujetos indistintamente, en una sola muestra y los resultados solo se refieren al aquí y ahora.

3.7 Nivel de Investigación.

Es exploratorio debido a que es la primera aproximación que se da sobre la actitud del tabacómano hacia la rehabilitación utilizando la técnica de Redes Semánticas para conocer qué conceptos acercan a los tabacómanos a solicitar ayuda y qué puede contribuir a mejorar las terapias, además de que no han sido elegidas por otras investigaciones de este tipo.

3.8 Diseño de Investigación.

Se utilizó un diseño de investigación de una sola muestra y una sola medición.

3.9 Instrumento.

El instrumento fue elaborado en base a la técnica de Redes Semánticas que se desarrolló a partir de los estudios de memoria semántica. Valdéz (1991) menciona los estudios de Figueroa et al. (1980, 1981 b) en donde proponen que el estudio de las Redes Semánticas debe ser "natural", es decir, que se debe trabajar con las redes que sean generadas por los sujetos, y no con redes elaboradas en computadoras como ya se había hecho. Esta nueva técnica consiste en pedir a los sujetos que generen una lista de palabras definidoras de un concepto y que posteriormente las jerarquicen. Es decir, que a partir de un concepto central (*nodo*) se obtiene una lista de definidoras, a cada una de las cuales se le asigna un peso (valor semántico) por su importancia como definidoras del concepto. En base a esta lista, y a los valores asignados a las definidoras (jerarquía), se logra tener un mapeo de la organización de la información en memoria, y que está dado por un proceso reconstructivo de esa información de la memoria a largo plazo para dar el conocimiento de un concepto, que se estructura en forma de red. No solo se refiere a objetos concretos, sino que puede contener eventos, relaciones lógicas, de tiempo, afectivas, etc.

Con esta investigación se trató de identificar cuál es el concepto central, el nodo sobre el que se trabajó para lanzar una propuesta y ofrecer la posibilidad de tener datos que con mucha seguridad están altamente relacionados con la palabra estímulo y que pueden ser tomados e interpretados semánticamente.

En el instrumento se da como ejemplo la palabra estímulo manzana con sus palabras definidoras, jerarquizadas y evaluadas para mostrar una red semántica.

Se utilizaron cuatro palabras estímulo y una contrastante para elaborar las redes: cigarro, humo, enfermedad, fumar y flores, las cuales se seleccionaron por ser de uso común en el idioma español en México, y que todos conocen pero a la vez están relacionados al tema central: tabaquismo.

Como portada se integra una hoja donde aportan sus datos personales para apoyo en la calificación.

(Ver anexo 1).

3.10 Procedimiento.

Ya conseguida la autorización para la aplicación del instrumento de redes semánticas sobre tabaquismo para obtener datos sobre actitud del tabacómano hacia las terapias de rehabilitación, en la clínica de tabaquismo de una institución pública del sector salud ubicado al Sur de la Ciudad de México, se procedió a su aplicación en individuos tabacómanos que recién acuden a rehabilitarse, en aulas y oficinas.

Se obtuvo una muestra de 70 personas, a las que se les pidió a través del instrumento elaborado, escribieran sus datos personales.

Luego, se procedió a presentar el ejemplo sencillo y objetivo acerca de la resolución de una red semántica para seguir con las indicaciones que sugiere Valdez (1991):

- A.- "Pedirles que definan con la mayor claridad y precisión a la palabra estímulo que se les presenta, mediante el uso de palabras sueltas (pudiendo usar verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, etc. sin utilizar artículos ni preposiciones) que consideren que están relacionadas con ésta".
- B.- "Pedirles que jerarquicen todas y cada una de las palabras que dieron como definidoras, en función de la relación, importancia o cercanía que consideren (de manera individual) que tienen para con la palabra estímulo".
"De esta forma, le asignarán el número 1 a la palabra más cercana o relacionada con la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar a todas las palabras dadas como definidoras".
- C.- "Pedirles a todos los sujetos que como mínimo, den cinco palabras definidoras para cada palabra estímulo que se pretenda definir". (Valdez, 1991, pags. 28-29).

Además, se les pidió evaluar como positiva o negativa a cada definidora dada. Se utilizaron 4 palabras estímulo y una contrastante para la elaboración de las Redes. Esta última, se colocó, en segunda, tercera o cuarta posición para apoyar el estímulo.

Se dio un minuto para definir cada palabra estímulo, un minuto para jerarquizarlas y un minuto para que fueran evaluadas hasta donde lograron cubrir espacios.

Se retiraron las hojas para su posterior evaluación estadística.

Las palabras estímulo se dictaron al momento en que se desarrollaba cada una.

Esta aplicación se elaboró a lo largo de tres meses de trabajo. Al completar los 70 instrumentos de redes semánticas, se procedió a capturarlas para análisis.

3.11 Tratamiento Estadístico.

Los datos proporcionados por la muestra constituida por 70 sujetos tabacómanos que asistieron a iniciar sus terapias de rehabilitación a la Clínica de Tabaquismo de la Institución Pública del Sector Salud abarcaron hombres y mujeres, de 18 a 61 años de edad, desde el nivel primaria hasta posgrado, solteros, casados, divorciados, en unión libre, viudos, sin hijos y con hijos, con 1 a 50 años de fumar de 1 a 40 cigarrillos diarios, que iniciaron su tabaquismo desde los 6 años de edad hasta los 55 años, se trataron estadísticamente como lo describe Valdez (1991) de la siguiente manera:

"Toda esta información, tendrá que ser vaciada en una hoja de captura para redes semánticas que consta de una columna para escribir las palabras y de diez espacios en los cuales se anotan las frecuencias de aparición de cada palabra generada por el grupo de sujetos. Cada uno de estos espacios tiene una jerarquía y un valor asignado. Aparte, hay un espacio más con las siglas VMT que significa valor M, total, que relaciona frecuencias con jerarquías y se obtiene mediante la sumatoria de todos los valores obtenidos por cada palabra. Tales valores se obtienen al multiplicar la frecuencia de aparición por la jerarquía asignada por los sujetos a esa palabra. Para todas las palabras se sigue el mismo procedimiento.

Otro valor que se obtiene es el "J" que nos indica la riqueza de la red, debido a que se obtiene al sumar el total de palabras generadas por los sujetos para definir a la palabra estímulo. Con estos dos resultados, es posible llevar a cabo la obtención del conjunto SAM, que es el conjunto de las diez palabras que obtuvieron el mayor valor M.

Además, se puede obtener el valor "G" que nos indica en términos de porcentaje, la distancia que hay entre cada una de las palabras que formaron el conjunto SAM mediante una regla de tres, siendo el 100% aquel valor M que fue más alto". (Pags. 29-30).

Así se obtuvo una representatividad de resultados de los procesos internos que se realizan para manejar y almacenar la información.

CAPITULO 4

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción de la Muestra.

En la primera hoja del instrumento de Redes Semánticas se piden los datos demográficos de cada sujeto, por lo que a continuación se describen los resultados que corresponden a éstos.

POR SEXO:

De 70 personas, 43 son del sexo femenino (61.43%), y 27 son del sexo masculino (38.57%). Las edades van de 18 a 61 años de edad.

Se puede apreciar más conciencia del problema del tabaquismo en la población femenina que acude a rehabilitarse en mayor número. Es probable que el sexo masculino requiera más énfasis en captarse, quizá enfocando las campañas hacia los lugares de trabajo.

POR EDAD:

Edad	No. de Personas	Porcentajes
18 a 22 años	3	4.29%
23 a 27 años	11	15.74%
28 a 32 años	5	7.15%
33 a 37 años	11	15.74%
38 a 42 años	18	25.70%
43 a 47 años	7	10.0%
48 a 52 años	6	8.58%
53 a 57 años	6	8.58%
58 a 62 años	3	4.32%

Como puede observarse, en los rangos de edad entre los 23 y los 27 años, entre los 33 y 37 años, y sobre todo entre los 38 y 42 años, hay mayor posibilidad de abandono del hábito tabáquico porque la gente se concientiza más. A menos edad, captar gente a prevenirse de tabaquismo es más difícil por la etapa evolutiva en la que están, donde la identificación a grupos y ser aceptado es lo más importante. Aún así hay jóvenes que ya se percatan de que es algo malo y asisten por ayuda.

Mientras más avanzada es la edad, más difícilmente aceptan un cambio, con el conocimiento de que es probable que sufran alteraciones físicas importantes o ya las manifiestan.

POR ESCOLARIDAD:

La muestra está constituida por personas desde el nivel primaria hasta los que cuentan con posgrado.

Escolaridad	No. de personas	Porcentaje
Primaria	6	8.5%
Secundaria	7	10.0%
Técnica	4	5.71%
Bachillerato	10	14.3%
Licenciatura	41	58.6%
Posgrado	2	2.86%

Las personas que tienen mayor escolaridad como es el nivel Licenciatura se manifiestan más abiertas a ser ayudadas para rehabilitarse. Desde Bachillerato comienzan a aceptarse adictos pero el siguiente nivel de estudios los hace más responsables sobre su problema.

Los niveles más bajos necesitan más impulso y campañas de concientización que a ese nivel se puedan manejar para captarlos. Lo mismo sucede en el Posgrado.

POR ESTADO CIVIL:

Edo. Civil	No. de personas	Porcentaje
Soltero	22	31.4%
Casados	33	47.1%
Divorciados	9	12.8%
Unión Libre	3	4.29%
Viudos	3	4.29%

En cuanto al Edo. Civil se encontró que las personas más conscientes del tabaquismo como un problema son los casados, principalmente, y los solteros enseguida. Es gente joven que convive con una familia, o que tiene familia, hijos que son una responsabilidad importante por lo que buscan la forma de rehabilitarse. No así los divorciados, los que viven en unión libre, ni los viudos, posiblemente porque su vida solitaria los induce a perseverar en esta adicción.

POR NUMERO DE HIJOS:

No. de Hijos	No. de Personas	Porcentajes
0	26	37.1%
1	7	10.0%
2	19	27.54%
3	7	14.29%
4	10	14.29%
7	1	1.43%

Son, 26 (37.1%) las personas que no tienen hijos pero resultan una minoría ante las personas que si los tienen pues corresponden a los 43 restantes (63.26%). De éstos, el mayor porcentaje corresponde a los que tienen dos hijos, seguidos de los que tienen 4, 3, 1 y 7 hijos respectivamente. Este dato apoya la idea anterior de que el tener hijos permite crear más conciencia para evitar el tabaquismo y que asistan a rehabilitarse. Es muy importante para una persona la gente con la que se cuenta a su alrededor por ser seres sociales. En la juventud, esas personas se ubican más entre los amigos, los cuales pueden inducir a consumir tabaco, sobre todo en forma de cigarros.

Al casarse, las personas más importantes se convierten en un marido o esposa, e hijos que son el factor más importante para el abandono del hábito.

POR TIEMPO DE FUMAR:

Tiempo de Fumar	No. de Personas	Porcentaje
1-5 años	7	10.01%
6-10 años	10	14.28%
11-15 años	4	5.72%
16-20 años	15	21.41%
21-25 años	15	21.41%
26-30 años	10	14.30%
31-35 años	4	5.72%
36-40 años	3	4.29%
41-45 años	0	0%
46-50 años	1	1.43%
Sin respuesta	1	1.43%

El mayor porcentaje se concentra entre los que tienen 1 a 30 años de fumar, incrementándose entre los que tienen entre 6 y 10 años, 16 a 20 años, 21 a 25 años y 26 a 30 años. Esta, aparentemente es la edad límite para las personas, que al acudir en mayor número a rehabilitación, concentran a la gente que concientiza su tabaquismo, sobre todo entre las que tienen entre 16 a 25 años de persistir en el hábito, pudiendo coincidir con los que se encuentran entre los 33 a 42 años, casados, con familia, en gran número mujeres, preocupadas por su futuro y el de sus hijos, y de padres que también acuden por mejorar su salud y no ser mal ejemplo para sus hijos, no causarles daño.

Se puede apreciar también que a mayor edad, y al tener más de 31 años fumando, la gente acude en menor proporción, aunque sea probable que ya presenten problemas físicos importantes, pero se resisten al cambio y aceptan los problemas que el tabaquismo les ocasiona. Son personas que vivieron la etapa de mayor impulso mercadotécnico del tabaco, en la que apenas iniciaban las investigaciones más importantes sobre los graves problema de salud que produce su hábito.

CIGARROS AL DIA:

No. de Cigarros	No. de Personas	Porcentajes.
De 1 a 5 cigarros	13	18.57%
De 6 a 10 cigarros	14	19.95%
De 11 a 15 cigarros	16	24.39%
De 16 a 20 cigarros	12	17.14%
De 21 a 25 cigarros	4	5.72%
De 26 a 30 cigarros	5	7.14%
De 31 a 35 cigarros	0	0%
De 36 a 40 cigarros	3	4.29%
Sin respuesta	2	2.86%

Se dan porcentajes muy importantes entre los que fuman de 1 a 20 cigarros diarios, siendo el más elevado o promedio el de 11 a 15 cigarros diarios. Esto podría indicar que tienen más posibilidades de abandonar el tabaquismo y aceptar ser rehabilitados aquellos que consumen una cajetilla de cigarros diariamente o menos, con 25 años de fumar o menos, de los 32 a los 42 años. Es el fumador común.

De nuevo se observa que entre más edad y mayor cantidad de años y cigarros han fumado, mayor será su reticencia a abandonar el hábito.

POR EDAD DE INICIO:

Edad de Inicio	No. de personas	Porcentaje
1 a 5 años	0	0%
6 a 10 años	1	1.43%
11 a 15 años	23	32.86%
16 a 20 años	38	54.28%
21 a 25 años	2	2.86%
26 a 30 años	2	2.86%
31 a 35 años	0	0%
36 a 40 años	0	0%
41 a 45 años	1	1.43%
46 a 50 años	0	0%
51 a 55 años	1	1.43%

Según estos datos, en la muestra, la edad de inicio en el tabaquismo se presentó en porcentaje más elevado entre los 11 y los 20 años, muy especialmente entre los 16 y los 20 años de edad que lo ubica en la adolescencia que es la etapa propicia por sus características para comenzar esta adicción.

No es común que se presente en la niñez, aunque lo aprenden al convivir con tabacómanos, siendo una etapa de prevención, y en la etapa adulta pasa lo mismo pero se tienen muy pocas probabilidades de iniciarse en el tabaquismo aunque se relacione con muchas personas con este problema en todos los ámbitos de su vida.

ANALISIS DE CONTENIDO:

Se desarrolló un análisis de contenido sobre la pregunta Por qué decidi acudir a la clínica del tabaquismo, en el que se obtuvieron 30 conceptos y en donde 9 personas no contestaron.

Se obtuvieron frecuencias sobre la aparición de cada concepto y su respectivo porcentaje agrupándolos en los siguientes 6 apartados:

- 1) **Por buscar la salud.-** Aquí se concentran los conceptos que tienen que ver con malestares físicos y que los hacen buscar un estado de bienestar para estar saludable. Este se presenta como un apartado muy importante por la información que sobre las consecuencias del tabaquismo se han difundido con mayor énfasis. En un porcentaje muy bajo ya presentan problemas de salud, físicamente hablando. Los conceptos son éstos:

Concepto	Porcentaje
Salud	20.0%
Tos nocturna	1.37%
Sentirse enfermo	1.90%
Cáncer	5.50%
Enfisema	6.80%
Afecta a pulmón	1.37%
Asma	0.68%
Por indicaciones médicas	1.37%
TOTAL	38.99%

- 2) **Por dejar de fumar.-** Aunque sigue siendo un concepto ligado a la salud, ya se presenta como una necesidad, deben abandonar su hábito porque ya representa una esclavitud de la que desean liberarse. Los conceptos que lo conforman son:

Concepto	Porcentaje
Dejar de fumar	11.60%
Esclavitud al tabaco	2.78%
Dejar adicción	2.78%
TOTAL	17.16%

- 3) **Característica negativas.-** Son los aspectos que las personas tabacómanas sienten negativas con respecto al hábito, son desagradables, no les gusta. Se puede decir que es la parte negativa del tabaco para ellos. Los conceptos que concentra este apartado son:

Concepto	Porcentaje
Nocivo	1.37%
Olor	2.78%
Piel reseca	0.68%
Recaidas	2.78%
TOTAL	7.61%

- 4) Por molestias que presentan.- Aquí se incluyen molestias que aunque tienen que ver con salud, son problemas sencillos y no tan importantes como los que aparecen cuando se manifiestan las enfermedades asociadas al tabaquismo. Estas molestias no se relacionan con esas enfermedades. Son molestias aisladas. Los conceptos que incluyen son:

Concepto	Porcentaje
Poco apetito	1.37%
Daño	2.78%
Pérdida de peso	0.68%
Fatiga	2.78%
Sufrimiento	2.78%
TOTAL	10.39%

- 5) Por cuestiones psicológicas.- Este apartado agrupa los conceptos psicológicos que presentan algunas personas, que les son molestos y por lo que esperan obtener, a través de la rehabilitación, una mejor calidad de vida. Son los siguientes:

Concepto	Porcentaje
Pérdida de autoestima	0.68%
Conciencia	2.78%
Mejor calidad de vida	3.40%
Deseos de vivir	0.68%
TOTAL	7.54%

- 6) Por cuestiones sociales.- Concentra los aspectos que han sido un estímulo para decidirse al abandono del hábito tabáquico y que se refieren a su entorno social. Esos conceptos son:

Concepto	Porcentaje
Recibir ayuda	5.50%
Tratamiento	0.68%
Hijos	3.40%
Presión familiar	0.68%
Presión fumadores pasivos	0.68%
Más información sobre tabaquismo	1.37%
TOTAL	12.31%

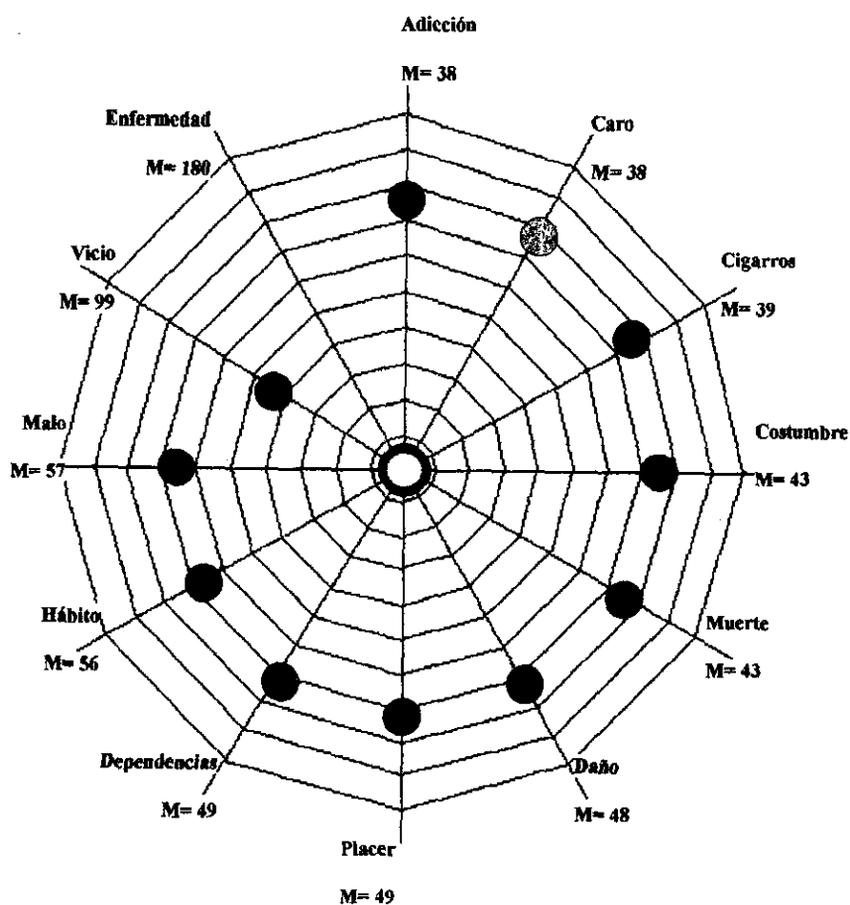
El porcentaje final, 6.1% es el que corresponde a 9 sujetos que no contestaron a la pregunta.

En el siguiente inciso, se dará una explicación sobre los resultados estadísticos de las redes semánticas obtenidas en el instrumento.

4.2 Resultados Estadísticos.

El instrumento basado en la técnica de Redes Semánticas que fue aplicado a 70 sujetos, utilizó como variable independiente a los tabacómanos, que asistieron a iniciar su terapia de rehabilitación. La variable dependiente se refiere a la actitud de estos sujetos hacia estas terapias. Los datos obtenidos en dos hojas de elaboración ya descritas, y que pueden ser vistas en el ANEXO, arrojan los siguientes resultados sobre las palabras-estímulo fumar, cigarro, humo y enfermedad, junto con la lista de las 20 palabras definidoras que más se mencionaron.

A continuación se presentan las gráficas sobre Valores de Redes Semánticas sobre Tabaquismo y la lista de palabras definidoras con una breve descripción de estos resultados.

*Estudio: Tabaquismo**Concepto: Fumar**Gráfica de Valores de Redes Semánticas*

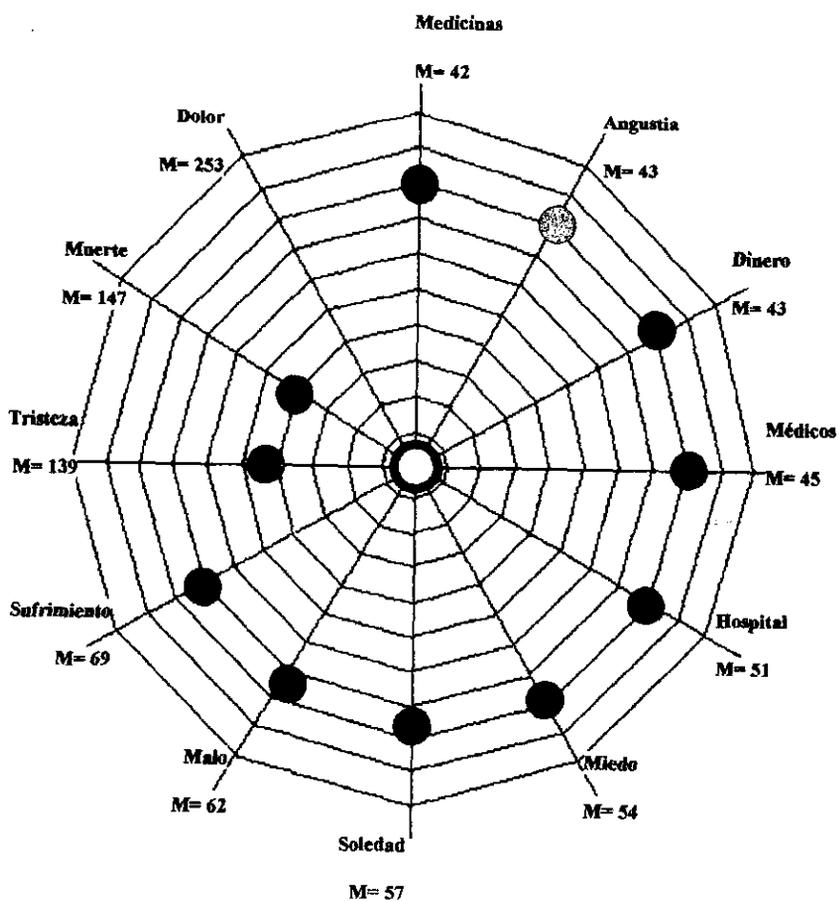
Valor J : 246

Población : 70

Estudio: Tabaquismo

Concepto: Enfermedad

Gráfica de Valores de Redes Semánticas



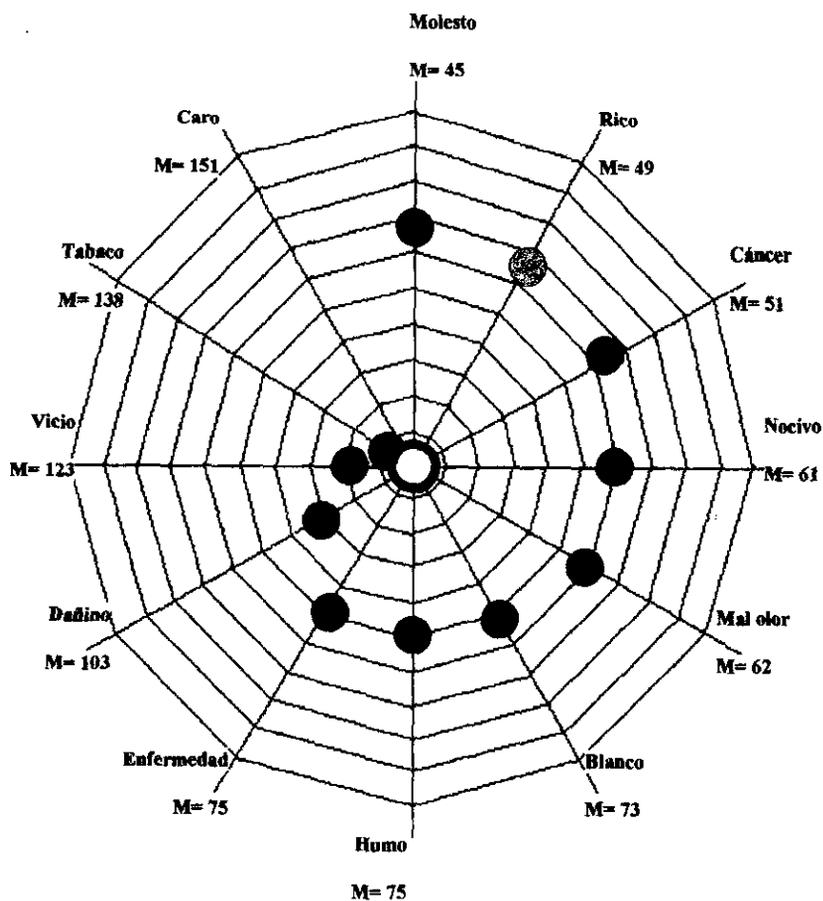
Valor J : 177

Población : 70

Estudio: Tabaquismo

Concepto: Cigarro

Gráfica de Valores de Redes Semánticas



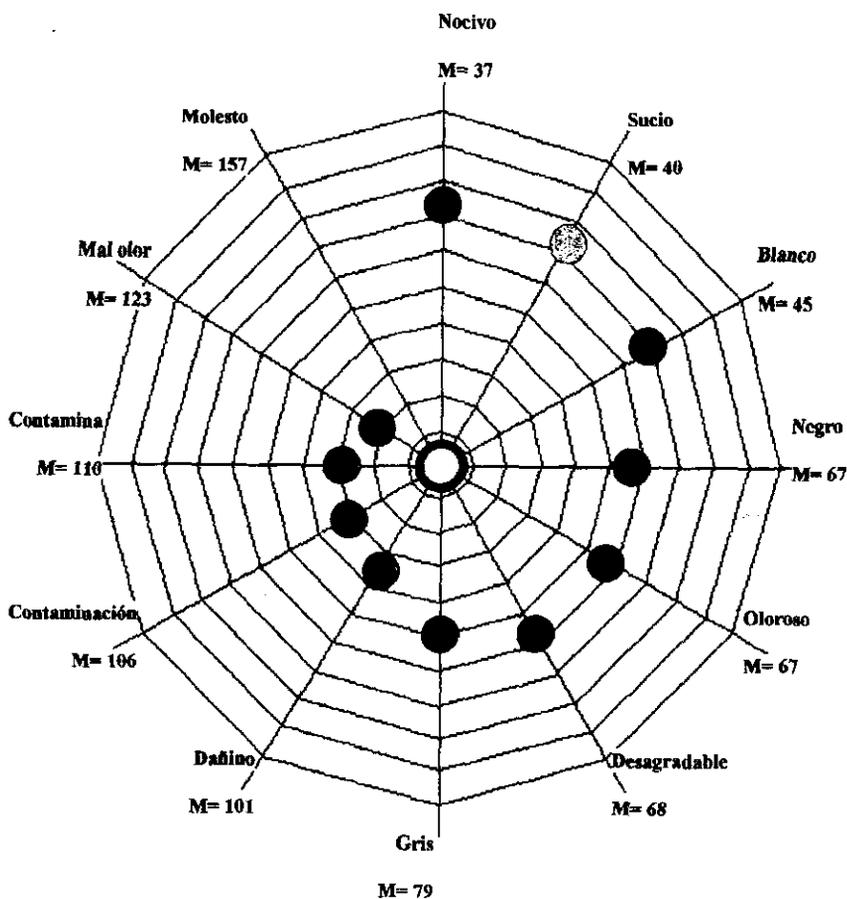
Valor J : 194

Población : 70

Estudio: Tabaquismo

Concepto: Humo

Gráfica de Valores de Redes Semánticas



Valor J : 156

Población : 70

Estudio: *Tabaquismo*
Concepto: *Cigarro*

76

<i>Definidoras</i>	<i>ValorM</i>	<i>ValorG</i>	<i>Valor FMG</i>
Caro	151	0	100
Tabaco	138	13	91
Vicio	123	15	81
Dañino	103	20	68
Humo	75	28	50
Enfermedad	75	0	50
Blanco	73	2	48
Mal olor	62	11	41
Nocivo	61	1	40
Cáncer	51	10	34
Rico	49	2	32
Molesto	45	4	30
Malo	45	0	30
Tranquilizante	43	2	28
Sabroso	38	5	25
Muerte	37	1	25
Suave	35	2	23
Gusto	32	3	21
Largo	31	1	21
Adicción	30	1	20
Maligno	27	3	18

Para conocer los valores que se mencionan en las gráficas como J y M, Valdez (1991) los explica de la siguiente manera:

" El valor J se obtiene al sumar el total de palabras generadas por los sujetos para definir a la palabra estímulo ". (pág. 30). Es el " total de palabras definidoras que conforman cada red generada por los sujetos y que indica la riqueza de la red obtenida ". (pág 37).

" El valor M que relaciona la frecuencia de ocurrencia de las palabras definidoras con la jerarquía asignada por los sujetos a cada una de estas palabras, por lo cual, este resultado indica el valor semántico de cada palabra definidora " (pág. 37).

GRAFICA DEL CONCEPTO FUMAR.

En la gráfica del concepto fumar, se le asigna un valor J de 246 (suma de palabras definidoras correspondientes a esta palabra estímulo).

El valor M más elevado corresponde a la palabra enfermedad (M=180) que es donde más se describe el concepto o palabra estímulo. En orden de importancia continúan las definidoras vicio (M=99), malo (M=57), hábito (M=56), dependencias (M=49), placer (M=49), daño (M=48), muerte (M=43), costumbre (M=43), cigarros (M=39), caro (M=38), adicción (M=38).

Los sujetos perciben el fumar como algo que enferma o que es una enfermedad, mal visto como vicio, que es malo, es un hábito que crea dependencias y que les produce placer. Sin embargo, causa daño a tal grado que se puede llegar a la muerte. Fumar para ellos es una costumbre, sobre todo utilizan cigarros que resultan ser caros y que finalmente terminan provocando adicción. Este último término es muy importante porque ese es el problema que tienen con el tabaquismo pero lo colocan al final como si no se tratara de esto, o está poco entendido o manejado como adicción. Hábito y costumbre son términos muy parecidos pero así definen este concepto. Son conscientes de que es una enfermedad que denominan vicio en vez de adicción por ser un término más utilizado popularmente. Saben que es malo y que son dependientes del tabaco pero los detiene el placer que les produce aunque los dañe y los mate, y peor aún, es caro y así se consume. Reconocen que es una dependencia porque causa un hábito.

GRAFICA DEL CONCEPTO ENFERMEDAD.

En la gráfica del concepto enfermedad, se le asigna un valor J de 177.

El valor M más elevado se encuentra en la palabra dolor (M=253), que es la que más define enfermedad. De ella sigue muerte (M=147), tristeza (M=139), sufrimiento (M=69), malo (M=62), soledad (M=57), miedo (M=54), hospital (M=51), médicos (M=45), dinero (M=43), angustia (M=43), medicinas (M=42).

Se puede describir así: enfermedad es algo que causa dolor, que conduce o puede conducir a la muerte, provoca tristeza y sufrimiento, es mala, produce soledad y miedo porque se puede llegar hasta un hospital donde los verán médicos y esto representa fugas de dinero. Da angustia y se tiene que adquirir medicina.

Con este concepto, todas las definidoras que aparecen en la gráfica son negativas, aunque hacen una valoración con lógica. La enfermedad provoca dolor y lleva a la

muerte. Las emociones que involucran son tristeza, sufrimiento, soledad, miedo, angustia, principalmente las primeras. La enfermedad es mala, se puede llegar hasta el hospital donde, entre la intervención de los médicos y los medicamentos que prescriben y que se deben adquirir, se incurre en serios gastos.

GRAFICA DEL CONCEPTO CIGARRO.

En la gráfica del concepto cigarro se le asigna un valor J de 194.

El valor M más elevado se encuentra en la definidora caro (M=151), y le siguen tabaco (M=138), vicio (M=123), dañino (M=103), enfermedad (M=75), humo (M=75), blanco (M=73), mal olor (M=62), nocivo (M=61), cáncer (M=51), rico (M=49), molesto (M=45).

Por lo tanto, el cigarro es caro siendo tabaco, es un vicio que daña y enferma. Su humo, el que emite el cigarro, es de color blanco con muy mal olor, es nocivo pues puede provocar cáncer. Sin embargo, el cigarro es rico aunque sea molesto. Es el cigarro común.

El principal obstáculo que les presenta el cigarro es el costo porque lo consideran caro, y aún así es accesible esta droga al público, sino cómo se explican las altas ventas del tabaco. Esta definidora, tabaco se puede aplicar como sinónimo. Saben que es un vicio dañino, volviendo a la misma inadecuada aplicación de esta palabra como sucedió en el concepto fumar conociendo que es una adicción pues es una droga. Hay conciencia de que se pueden enfermar porque la gran propaganda sobre enfermedades ligadas al tabaquismo surte efecto. Hasta se describe el humo como blanco con mal olor, nocivo y molesto. Pero el cigarro es rico, es la única definidora positiva como sucede en fumar que les causa placer. Por eso no lo abandonan por sí solos.

GRAFICA DEL CONCEPTO HUMO.

En la gráfica del concepto humo se le asigna un valor J de 156.

El valor M que más se eleva es el de la palabra definidora molesto (M=157), siguiendo con mal olor (M=123), contamina (M=110), contaminación (M=106), dañino (M=101), gris (M=79), desagradable (M=68), oloroso (M=67), negro (M=67), blanco (M=45), sucio (M=40) y nocivo (M=37).

Aquí, la palabra definidora más importante es molesto. El humo es molesto, produce mal olor que contamina y es contaminación ambiental. El humo es dañino. Al observar el color, tratan de definirlo, es gris, resulta desagradable por ser oloroso. Nuevamente se intenta ver el color, es negro o blanco pero sucio y nocivo.

Esto se relaciona mucho con lo visto en las gráficas anteriores aunque ahora solo se refieren al humo del cigarro que definitivamente es negativo. Es molesto con su mal olor y contamina por lo que hace daño, además de percatarse que es desagradable, sucio y nocivo. Se dan cuenta del problema que tienen pero su adicción los detiene, eso causa angustia y por eso sufren. Aparte, describen el humo, el color, las características y sus consecuencias.

COLUMNA DE DEFINIDORAS CON VALORES M, G Y FMG.

La última hoja corresponde a las 20 palabras definidoras más representativas de lo que piensan y sienten con respecto al tabaquismo.

La primera columna corresponde a las definidoras de más valor a menos. La segunda columna son sus correspondientes valores M (que se relaciona con las frecuencias de ocurrencia de las palabras definidoras con la jerarquía asignada por los sujetos a cada una de ellas).

La tercera columna contiene los valores G de cada definidora. Valdez (1991) los describe así: valor G " que nos indica en términos de porcentajes, la distancia que hay entre cada una de las palabras que formaron el grupo SAM, mediante una regla de tres, siendo el 100% aquel valor M que fue más alto. El conjunto SAM es el conjunto de las 10 palabras que obtuvieron el mayor valor M ". (pág. 30).

" El valor G indica la consistencia y el conglomerado de la red ". (pág. 50).

La última columna aporta los valores en FMG. Valdez los define de la siguiente forma: " son las diez palabras de mayor valor M, y valor G, o de porcentajes ". (pág. 52). Aunque en este caso se manejan 20 palabras porque se consideró conveniente por los datos que puede dar por su alta representatividad.

Lo más importante para los tabacómanos de la muestra es que comprar tabaco representa una erogación. Dan por hecho que contiene tabaco, refiriéndose al cigarro clásico. La idea que tienen de su problema es que su tabaquismo es un vicio y la palabra definidora adicción se encuentra en los porcentajes bajos. Si concientizan que es dañino como el humo que emite y que produce enfermedades. Al humo, en su mayoría lo ven blanco con un mal olor y lo consideran muy nocivo al grado de provocar cáncer, quizá influidos por los recientes estudios que relacionan humo a cáncer sobre todo en el tabaquismo pasivo. Aunque es molesto y malo, están dispuestos a fumar porque les produce tranquilidad y lo sienten sabroso, suave y lo hacen por gusto, sabiendo que puede ocasionarles la muerte al ser maligno. Incluso, lo aprecian largo.

En esta columna de definidoras se pueden observar cinco palabras positivas: rico, sabroso, tranquilizante, suave y gusto que pueden ser algunos de los motivos por los que tienen problema para el abandono de la adicción aún cuando saben, por el resto de las definidoras, que el tabaquismo les ocasiona graves problemas, principalmente y así lo sienten, económicos. La mala situación económica por la que atraviesa México desde hace mucho tiempo, hace que los problemas a este nivel sean los principales.

En el siguiente punto se abordará con más detenimiento los resultados que se han expuesto en los puntos uno y dos.

4.3 Interpretación de Resultados

Como primer punto, el mayor flujo de asistencia lo tienen las mujeres y en grado menor los hombres. Aún cuando en los últimos años, como lo expresa la Dra. Gutiérrez de Velasco (Tapia-Conyer 1994), se ha incrementado el número de mujeres que fuman tabaco y de los jóvenes, pues los promocionales tabacaleros se

han abocado a esa población que no tenían capturada. Hasta 1990 (Tapia-Conyer y col., 1990), las encuestas apuntaban a la población masculina (38.3%) como, la más elevada, y menor en la mujer (14.4%). Con el tiempo, ha aumentado considerablemente, sin embargo, la mujer ha abandonado el hábito tabáquico en mayor número como lo describió la Encuesta Nacional de Adicciones de México (16.8% exfumadoras contra 14.4% de fumadoras; y 26.9% de exfumadores contra 38.3% de fumadores). Esto puede deberse, primero al acercamiento que tiene la mujer mexicana con sus hijos y cuya abnegación es ampliamente reconocida. Esa abnegación y dedicación a sus hijos, aunque laboren es tan importante, que pesa sobre decidirse al abandono del tabaco. Otra razón es la presencia física que debe mantener la mujer socialmente, verse bella, arreglada, no con los dientes amarillos ni oliendo a tabaco.

Ambas cosas no se exigen de modo tan tajante en el hombre, por lo que si pasa la mayor parte de su tiempo en su lugar de trabajo, a éstos es donde se deben llevar las campañas antitabaco.

Coincide con las edades promedio de las personas que se presentaron a rehabilitación: 23 a 27 años, 33 a 42 años, edades en las que se concientizan más., porque son personas casadas en su promedio mas elevado, y solteras que quizá ya cuentan con una pareja, y un nivel escolar como Licenciatura que les permite tener contacto, con información sobre investigación.

La información sobre lo que provoca al niño en el embarazo, es otro factor que induce a las mujeres a dejarlo, por lo menos hasta después del parto y de la lactancia.

Las personas que siguen evidenciando problemas para el abandono son los jóvenes y los adultos maduros y senectos, que son en promedio los que acuden a rehabilitarse en menor número.

Es evidente que conocen los problemas biológicos que resultan a consecuencia del tabaquismo porque es lo que se ha difundido más ampliamente. Lo que se debe considerar son las características de cada etapa evolutiva.

La adolescencia (Excelsior, 1994) es propicia para inducirlo como se ve en el recuadro de edad de inicio. El adolescente se encuentra en proceso de individuación e identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que antes no se atrevía a iniciar. Muchas de esas conductas de imitación vienen desde la infancia en la que tanto en sus mismas familias como en la de los amigos encontrarán a algún tabacómano. Estas son las primeras etapas que se conocen como habituación que son los primeros contactos con la droga y cómo el organismo empieza a tolerarla para convertirse en necesidad. El adolescente es sumamente influenciable y la mercadotecnia lo aprovecha.

Como habituación que son los primeros contactos con la droga y cómo el organismo empieza a tolerarla para convertirse en necesidad. No es raro ver adolescentes fumando por doquier (Clínica de Tabaquismo, 1990).

La educación antitabaco debe empezar por los hogares y las escuelas para su prevención, con la misma importancia que se le otorga a no consumir drogas ilegales.

Mientras más se avanza en edad y mayor es el consumo y tiempo de fumar, según los porcentajes sociodemográficos presentados, es más difícil crear conciencia del

problema, y del abandono del mismo. Este es el tipo de paciente que se presenta a consulta médica con graves enfermedades físicas causadas por el tabaquismo y en los cuales las indicaciones médicas, son más marcadas para que se evite su consumo. Se puede catalogar, de acuerdo con Russell (citado por Rico y Ruiz, 1990), como fumador por adicción pues fuman un cigarro cada 20 o 30 minutos para aliviar las molestias de supresión porque su recompensa es totalmente farmacológica, regulada por los niveles de nicotina en sangre.

Con respecto a la cantidad de cigarros y el tiempo que tienen de consumirlos, las personas entre los 16 y 30 años de fumar y los que consumen entre media cajetilla y una completa diariamente son los más susceptibles para inducir al abandono. Se puede decir que es el fumador más común, el promedio, no es un tabaquismo excesivo, pero tampoco es mínimo.

Pertenece a la clase media que le es posible adquirirlo pero que sí le representa un gasto. Este es el tabacómano que llega a rehabilitación.

Ahora, el porqué acuden quedó expuesto, según sus contestaciones, agrupado en seis apartados que lo describen siendo salud el más relevante por su porcentaje. Nuevamente, éste término sugiere un amplio conocimiento sobre la afectación biológica que provoca el tabaquismo. La población está enterada de todos los avances que sobre esta adicción han surgido y es probable que presenten algún malestar físico o que ya tengan un problema de importancia en algunos casos. Conocen de la relación cáncer, enfisema, afecciones pulmonares y asma con su hábito pues en menor porcentaje les han indicado los médicos que lo abandonen. La tos nocturna es uno de los síntomas de bronquitis que a la larga se vuelve crónica (Sherill, et. Al., 1994). También, es posible que alguien cercano a estas personas padezca o haya padecido alguna enfermedad por tabaquismo y eso concientiza al sujeto para recibir ayuda para dejarlo.

El dejar de fumar que es por mantener su salud, es el segundo en orden porcentual. Lo consideran esclavizante y una adicción aunque en niveles bajos. Lo principal es dejar el hábito. Adicción, como se verá más adelante, es un término poco utilizado por la gente y lo sustituyen con la palabra vicio. Esa esclavitud que siente es producto de la fuerte dependencia física y emocional que depositan en el cigarro y que se convierte en parte fundamental de todas sus actividades. (Diaz, Casillas, 1994).

Los apartados 3 y 4 son las características negativas y molestias que mencionan relacionadas con la salud física pero no tan graves como las principales aunque sí les son desagradables y también se verán más adelante asociadas en sus redes semánticas. Saben que es nocivo y dañino, que los hace oler mal, que les produce poco apetito y por esto mismo pierden peso. Les provoca fatiga y piel reseca. Los hace sufrir y temen recaer aún con apoyo.

Como se indicó en el capítulo 1, en factores biológicos, las investigaciones sobre tabacómanos comprobaron que tienden a bajar de peso mientras fuman porque su sentido del gusto altera los sabores y además, el tabaco consume más calorías, ya sea por alteraciones en las vías metabólicas o por deficiente absorción intestinal. Como fumar aumenta el consumo de oxígeno del sujeto, sienten fatiga y la piel reseca es porque también acelera el envejecimiento celular (Rico, Ruiz, 1990).

Sufren sintiendo molestias, conociendo los problemas graves en que pueden incurrir, el intentar abandonarlo por sí mismos y no lograrlo porque aún los liga con todo y lo

malo, nocivo y dañino que es el tabaquismo al placer, no importando que sea momentáneo y elevar su dopamina para " no deprimirse " (Excelsior, 1998). Como lo expresa Casillas (Díaz, Casillas, 1994) es una muleta para paráliticos emocionales, y es que la dependencia psicológica es la más difícil de romper por la gran cantidad de actividades a las que se une el tabaco en la vida diaria con el nerviosismo, la impaciencia y la prisa con la que se vive en este siglo que está por finalizar.

Psicológicamente, igual presentan pérdida de autoestima que favorece el mantener el hábito tabáquico porque ya se mencionó que es un fuerte apoyo emocional para el sujeto. Pero son conscientes de que el daño es inevitable, de que es malo y desean mejorar su calidad de vida, que no solo es la suya sino de todos aquellos que le rodean. Quieren vivir sin ataduras, sin lastimarse.

Y en lo social, saben que necesitan ayuda y donde encontrarla para estar mejor informados y apoyados con un buen tratamiento que los haga reaccionar. Ya se mencionó que los hijos representan un buen punto de equilibrio para concientizar al tabacómano, al igual que a su familia y la gente que lo rodea en diferentes áreas de su vida. Los fumadores pasivos ya se manifiestan más abiertamente en su rechazo por inhalar y oler una droga en la que no han incurrido y por la que pueden estar expuestos, a través del humo, a padecimientos muy semejantes a los que tienen los tabacómanos. (Secretaría de Salud, CONADIC, 1987).

Las recaídas en el tabacómano son un punto fundamental en el seguimiento que realizan las clínicas de tabaquismo y que Becoña (1994) describe ampliamente en el capítulo dos, en métodos de rehabilitación, el cuál podría ser muy importante como tema central de investigación en México.

La técnica de Redes Semánticas aportó lo que la memoria semántica de cada sujeto tiene con respecto a cuatro conceptos que por su uso común en el idioma español y su asociación al tema central de esta investigación pueden dar. Qué los indujo a asistir, qué piensan sobre el tabaquismo ya que se aplicó el instrumento en un centro especializado en esta adicción y son sujetos que fueron específicamente a solicitar apoyo para su rehabilitación.

Los conceptos fumar y cigarro, por ser las que más relación tienen entre sí; una por ser el acto de aspirar tabaco y el otro su objeto para llevar a cabo dicha acción, son los que presentan dos valores J más elevados, o sea, los que tienen mayor número de palabras definidoras.

Los sujetos de la muestra califican la acción de fumar como una enfermedad, o que puede ocasionarla, misma definidora que también se presenta en el concepto cigarro. Con esto se confirma que los tabacómanos tienen conocimiento de lo mucho que se ha investigado sobre los efectos biológicos que a mediano o largo plazo aparecen en el organismo debido a su hábito.

Y con la enfermedad apuntan que es dañino, que causa dependencias. Lo ven como hábito o vicio más que como adicción y, habría que apoyar en este punto, más a la última palabra que sería la correcta al referirse al tabaquismo porque sí es una adicción incluida por primera vez en la clasificación de Trastornos Menstruales de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980. (Díaz y Casillas, 1994).

Al iniciar el hábito de fumar, la nicotina comienza a actuar sobre el organismo hasta tolerarla. Al paso del tiempo influye en la conducta y el estado emocional del tabacómano por sus efectos a nivel nervioso creando ambas dependencias. (Ver

págs. 9 y 12 del Capítulo I). La Clínica de Tabaquismo del I.N.E.R. (1990) menciona que la dependencia psicológica es la más difícil de eliminar en muchas ocasiones, por la asociación de fumar con situaciones gratificantes o relajantes, o situaciones negativas o tensionales que quizá son las más reforzantes de esta conducta. Tan solo, el efecto farmacológico es en sí mismo un reforzador pudiendo actuar como estimulante o sedante de acuerdo a la dosis, el sitio de acción, etc.

Por ello, el acto de fumar cigarro se convierte en un hábito o costumbre en todas las situaciones en que el tabacómano siente la necesidad física y psicológica de llevarlo a cabo.

Le produce placer, tanto por los efectos neurológicos que produce como la utilización del cigarro como instrumento para calmar la ansiedad, angustia, sufrimiento, tristeza, soledad, que la vida actual induce, aparte de que el saber que lo que suministra le puede traer severos trastornos que los conducirán a ser tratados por médicos y según los síntomas que precedan a estas consultas, los respectivos medicamentos y hospitalizaciones.

Sin embargo, fumar continúa siendo un placer para el que lo hace, se sienten bien, solos y acompañados, aún cuando las personas que los rodean los inciten al abandono. Ya no saben convivir sin fumar, a trabajar sin fumar, a realizar cualquier actividad sin fumar. Deben reaprender a vivir sin llevarse un cigarro a la boca. Ellos mismos reconocen que el comprar cigarros les representa una fuerte erogación y así es efectivamente.

Ya se ha citado que el tabaquismo en el terreno de las adicciones es el problema epidémico de salud pública más importante a nivel mundial porque causa millones de muertes anualmente y eso representa un gasto elevado para el sector salud en nuestro propio país: México ha establecido normas y programas para evitar su incremento y proteger a los no fumadores, además de prevenir el tabaquismo en la población joven. Los impuestos al tabaco es de los más altos pero con todo y estas disposiciones sigue adquiriéndose fácilmente y a bajo costo en comparación a otras drogas igual de nocivas. Se manejan leyendas para el conocimiento del consumidor pero tampoco impide que lo compren (Secretaría de Salud, CONADIC, 1987).

Regresando al análisis estadístico de las gráficas sobre redes semánticas, prácticamente todas las palabras definidoras que describen al cigarro, a la acción de fumar, al humo y al concepto enfermedad son negativas. Esto le produce angustia a las personas y es por ello que asisten a la rehabilitación. Ya son conductas que no solo les resultan molestas a ellos mismos sino a los demás.

Lo más probable es que ya hayan sufrido la enfermedad, y la muerte de alguien cercano enfermo por su tabaquismo, o aún lo vean sufrir. El simple hecho de nombrar la palabra cáncer es suficiente para que en la mente se relacione con el tabaco.

En los factores biológicos del capítulo 1 se hizo referencia la gran cantidad de cánceres que son producto de esta adicción en la cavidad bucal (leucoplasia), cáncer bucal, cáncer lingual, en el piso de la boca, paladar, encía, mucosa de carrillos, de esófago, de laringe, de estómago, de colon, de páncreas, nasofaríngeo, de pulmón, de pelvis, ureter, vejiga, mamas, útero, etc., y eso sin nombrar otra gran variedad de enfermedades, de igual forma mortales. De hecho, las compañías de seguros colocan cláusulas especiales y más costosas para las personas que padecen tabaquismo.

A eso se refieren los sujetos de la muestra cuando colocan la palabra definidora dolor como la que puede representar enfermedad que es la palabra estímulo, y tan es así que tiene el valor M más elevado dentro de ese concepto y con respecto a los otros 3. Muerte es la definidora que le sigue en importancia y se asocia a los tipos de cáncer y enfermedades ya conocidas que conducen inevitablemente a morir aún cuando sean tratados médicamente, la mayoría de estas enfermedades son irreversibles. Todo esto los hace verlo malo, provocándoles tristeza y sufrimiento porque los puede conducir a los gastos ya mencionados de médicos, hospitales y medicamentos. Esas erogaciones monetarias los angustian.

La palabra definidora soledad por encontrarse en la palabra estímulo enfermedad hace alusión a que se trata de la que deben sentir cuando se encuentran enfermos. Solo ellos saben lo que sufren y sienten que los demás solo lo intuyen y el miedo únicamente les pertenece a ellos porque nadie más lo padece.

El concepto humo está en parte descrito en la mitad del número de definidoras del concepto cigarro al que se encuentra muy asociado. En estos dos conceptos se puede apreciar que el humo que despiden el cigarro al ser prendido e inhalado es observado por el tabacómano, es como su medio normal estar rodeado por una densa nube de nicotina y demás elementos. Lo básico es que lo sienten molesto y los impregna de un mal olor.

Lo más común es que la ropa, cabello y boca del tabacómano estén impregnados de un desagradable olor que no cesa nunca porque continúa con la acción de fumar todo el día. Ellos mismos llegan a pasar desapercibida esta situación y es la gente que los rodea quienes los ponen al tanto.

Por supuesto, ese humo que exhalan no solo daña su organismo sino que contamina aumentando la polución del medio ambiente con sus más de 4,000 componentes aislados en los que sólo el monóxido de carbono y la nicotina se pueden medir en miligramos por cigarro. El humo es un aerosol con dos fases: una gaseosa y la otra sólida o particulada. En la gaseosa se hacen presentes la nicotina, agua y el alquitrán que contiene otros elementos, entre ellos compuestos radiactivos. Los elementos que según estudios más pueden contribuir a dañar la salud por fumar, son el monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán. El cigarro contiene 2% de nicotina en general que es incoloro pero que se torna pardo y toma el color del tabaco al ponerse en contacto con el aire. El intestino y el hígado son los que mejor absorben la nicotina, y en menor proporción los pulmones, los riñones y el estómago. Después de la inhalación de nicotina, ésta tiene una vida media de 30 a 60 minutos y es eliminada por los riñones y los pulmones e incluso la leche materna. (Mouser, 1990). Provoca aumento en la frecuencia cardíaca y eleva la presión arterial, y en dosis altas se puede llegar a tener temblores, convulsiones, paro respiratorio, vómito, y más aún causar con esto la muerte. No es desconocido que pueden presentar patrones de depresión. (Díaz, 1997).

La anterior descripción da una idea del por qué todas las definidoras de esta palabra estímulo sean negativas. Lo consideran dañino; en ocasiones ven color como gris, o negro, o blanco pero muy desagradable por oloroso (por las sustancias que contiene).

Muy sucio y nocivo, coincidiendo con lo expuesto sobre el humo del cigarro.

En el cap. 2, dentro de la sección métodos de rehabilitación, el Dr. Becoña (1998) afirma que la nicotina es una droga psicoactiva con un fuerte poder adictivo y que

produce una importante dependencia en quienes la fuman, les cuesta mucho dejarla y eso va a acarrear a un gran número de ellos sufrimiento y muerte. Y aunque la muerte es evitable dejando de fumar, no es una tarea siempre fácil por el fuerte poder adictivo de la nicotina, y todas las actividades y conductas relacionadas con ellas.

En la columna con las definidoras que tuvieron los más altos valores M (frecuencias de ocurrencia de las palabras definidoras con la jerarquía asignada por los sujetos a cada una de ellas), G (la distancia que hay entre cada una de las palabras que forman el grupo de las definidoras que tuvieron el mayor valor M), y FMG (las palabras de mayor valor M y valor G, o de porcentajes), la erogación que representa comprar cigarrillos para los tabacómanos de la muestra es lo más importante. La definidora vicio en esta columna muestra otra vez, que el término se aplica normalmente para describir su tabaquismo en vez de decir que es una adicción que es lo correcto, y que se encuentra en la lista con valores menores. Saben que es dañino, malo, maligno.

Ya se ha visto que conocen lo que produce el tabaquismo, lo que realmente desean saber es porqué les produce todo eso y cómo le pueden hacer para liberarse.

Son solo 5 definidoras en esta columna las que resultan ser positivas entre las demás negativas: rico, sabroso, tranquilizante, suave y gusto que pueden ser motivos por los que no les resulta fácil abandonar el hábito tabáquico.

Ya lo explicó el terapeuta Alejandro Casillas en el Cap. I, en factores psicológicos (Díaz, Casillas, 1994): el tabaco es, en nuestros días, una de las sustancias tóxicas a las que más expectativas inconscientes se le depositan debido, posiblemente, a los intereses económicos de las industrias tabacaleras y a la permisividad social para su uso. El éxito de su consumo se fundamenta en que cumple la función de placebo (o engaño) emocional que " ayuda " a sobrellevar la vida.

El ser humano, como parte integrante de la naturaleza, está sujeto a las mismas fuerzas que gobiernan a ésta: la vida y la muerte. Ambas fuerzas nos constituyen como individuos y el manejo de las mismas tiene una consecuencia indudable sobre nuestra personalidad. Quizá esto explica la dicotomía que se presenta en las definidoras como dolor-placer.

Además se han encontrado relaciones importantes entre la necesidad de fumar y los sentimientos de inferioridad y de poca autoestima, y la asociación que se puede crear con otras drogas (Dusek, Girdano, 1983).

Recapitulando lo interpretado hasta este momento, el mayor flujo de asistencia lo tienen las mujeres entre 23 a 27 años, y 33 a 42 años de edad que son las que más se concientizan sobre su tabaquismo, casadas en mayor número con hijos que se convierten en un fuerte motivador para abandonar el hábito.

Resultó evidente que tienen conocimiento de los problemas físicos que ocasiona por lo que es importante la difusión de esta información en los menores como medida de prevención y hablar con ellos sobre las campañas que utilizan las tabacaleras para atraer más gente como ellos. Y encontrar alguna forma de atraer a los más recientes, los adultos maduros y senectos.

Las mujeres antes mencionadas que tienen entre 16 y 30 años fumando cigarrillos de media a una cajetilla, diaria, también son más susceptibles al abandono de este hábito, y en su mayoría iniciaron en la adolescencia.

Asisten por su salud básicamente, abandonar el hábito el cual sienten esclavizante por su dependencia física y psicológica. Sufren molestias en su mayoría no severas aunque quizá sí se presente alguno con problemas físicos importantes. Están conscientes de su baja autoestima y desean mejorar su *calidad de vida*. Las persona que los rodean fueron las encargadas de hacerlos pedir ayuda, en su mayoría, por sus hijos.

Los conceptos fumar y cigarro fueron los que contaron con el mayor número de definidoras o valor J, por su asociación al tema central: tabaquismo. Consideran enfermedad a la acción de fumar y saben que es dañino y que les causa dependencia.

Está mal aplicado el término vicio y el de adicción *no se usa adecuadamente siendo éste último el término correcto*. Saben también que es un hábito o costumbre que les causa *placer para aminorar sentimientos de angustia, sufrimiento, tristeza y soledad* producidos por el ritmo acelerado de la vida actual.

Tienen temor a los efectos negativos del tabaquismo y que los conduzca a médicos, hospitales y medicamentos lo que produce *gatos*, al igual que lo produjo la adquisición del cigarro. Prácticamente, todas las definidoras que aportan a los cuatro conceptos del instrumento son negativas, reforzando los *efectos nocivos del tabaquismo* al expresarse con términos como sufrimiento, muerte, cáncer, nocivo, etc. *Por esto mismo, el término dolor representa a la palabra estímulo enfermedad* con el valor M más elevado, es malo y les produce soledad.

Describen el humo con sus características, su color y sus consecuencias.

La columna de palabras definidoras concentra quince negativas (caro, tabaco, vicio, dañino, humo, enfermedad, blanco, mal olor, nocivo, cáncer, molesto, malo, muerte, largo, adicción, maligno).que reafirman lo ya expuesto, y cinco positivas (rico, tranquilizante, sabroso, suave y gusto) que quizá explican el porqué no les es fácil abandonarlo.

Existe relación entre la necesidad de fumar y la poca autoestima y el sentimiento de inferioridad en las adicciones.

4.4. Conclusiones.

Al realizar un tipo de estudio transversal a nivel exploratorio, los datos obtenidos solo aportan lo que sucede en este momento sin ir más allá, los resultados se refieren al aquí y ahora, porqué acudieron a la clínica.

El instrumento utilizado sobre la técnica de Redes Semánticas abordó conceptos conocidos pero no expresados que coinciden con la *teoría planteada*, por lo que se manifiesta lo siguiente:

La etapa propicia para iniciarse en el hábito tabáquico es la adolescencia por las características evolutivas propias de esa edad. Debido a esto, la instrucción se tiene que realizar desde sus hogares, y ya en la escuela, desde el nivel primaria para que desde niños y luego adolescentes no se vean envueltos en el tabaquismo. La información se debe dar con la misma importancia con la que se explican los daños que provocan las drogas ilegales. Las campañas antitabaco necesitan empezar desde los niveles básicos para su mayor efectividad. Es muy importante considerar

los modelos del tabacómano que tienen tanto niños como adolescentes en sus propias casas o con sus amigos para que no caigan en esta adicción.

Otro punto importante es que aún no se presenta verdadera conciencia de enfermedad entre la población masculina siendo los que menor número acuden a rehabilitación y con los que pueden ser sus lugares de trabajo los sitios idóneos donde se requiere incrementar dichas campañas.

También se necesita aumentar la conciencia de enfermedad en la población madura y senecta, los cuales son los que más difícilmente pueden aprobar un cambio para abandonar su tabaquismo. Los cambios provocan intolerancias y se temen, pero en muchas ocasiones y al grado de tabaquismo que presentan muchas personas se considera necesario.

La gente de la muestra que acude a rehabilitación considera a los conceptos enfermedad, dolor y vicio como las más importantes para definir su hábito con claras muestras de malestar hacia su dependencia aunque hacen hincapié en que les produce placer, tranquilidad, que es rico y les gusta. No son ignorantes sobre lo que les produce en términos biológicos; este tipo de información está plenamente entendida y ha causado impacto.

Reconocen que tienen una dependencia que ha desarrollado un hábito hacia el tabaco pero es lo que se conoce como círculo vicioso, saben lo que causa más no pueden salir por sí mismos de su adicción y requieren apoyo. Fuman por el placer que el momento les produce pero temen los desenlaces que presente éste.

Por lo regular, como en otras adicciones, son personas que tienen baja autoestima y manifiestan depresión, por lo que su tabaquismo se convierte en un soporte para sobrellevar su existencia.

Las campañas que promueven el abandono del cigarro usan inadecuadamente la palabra vicio en lugar de adicción que sería la correcta. Esto se debería de aplicar el las terapias de rehabilitación haciendo consciente al paciente de que es un adicto y que está enfermo por esa adicción, explicándoles porqué lo son, además de hacerlos responsables para no perjudicar a los que los rodean y que sufren, gracias a ellos, de un tabaquismo pasivo. Las voces de estos últimos se dejan escuchar cada vez con mayor fuerza para hacer valer su derecho a respirar sanamente.

Los médicos son un importante conducto para canalizar a los tabacómanos hacia las clínicas especializadas en tabaquismo. Se debe empezar por instruir al mismo médico para que averigüe sobre esta adicción y envíe al paciente tabacómano hacia la clínica más cercana al lugar de residencia de éste, y además, ser el modelo de salud que su paciente necesita y no ser él mismo un consumidor habitual de cigarrillos. Tienen un serio compromiso con la sociedad por la profesión que ejercen y por ser el primero a quien se acude para concientizar que se tiene una adicción, e inducirlos así al abandono del mismo.

El costo de tabaco, lo fácil que lo pueden conseguir, la tolerancia tan rápida del organismo para aceptarla, la asociación a las actividades cotidianas, la aceptación social de la que goza, la doble dependencia que provoca y la mercadotecnia que tiene en la sociedad hacen que esta droga cree una adicción fácilmente.

Es mucho lo que se tiene que luchar por erradicarla pero ante la enorme cantidad de personas que sufren por esta causa vale la pena un gran esfuerzo.

4.5 Limitaciones y Sugerencias.

Cómo ya se mencionó, al ser ésta una investigación a nivel exploratorio con un tipo de estudio transversal solo está aportando conceptos que se producen en este momento, el motivo fue saber qué es lo que los hace acudir, cuál es su actitud ante la rehabilitación, y gracias a la pregunta planteada en el cuestionario y sobre el que se realizó un análisis de contenido, el por qué acuden a rehabilitarse.

El tema de tabaquismo por sí solo, como una de las múltiples adicciones existentes es muy extenso y campo propicio para llevar a cabo todas las investigaciones posibles que alivien o cooperen para aliviar en algo lo que se ha convertido en una epidemia actualmente a nivel mundial que produce millones de muertes al año.

La clínica de tabaquismo el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias sugiere que con base en los datos arrojados por este estudio se apliquen nuevos cuestionarios, o que se utilicen diferentes técnicas y procedimientos para conocer más sobre el comportamiento del tabacómano a fin de apoyarlo lo mejor posible y evitar que recaiga, además de que se favorezca el conocimiento para prevenir esta adicción.

Debido a todo lo que ya se ha citado, se sugiere que se debe aprovechar el hecho de que los mismos sujetos tabacómanos se consideran enfermos y que se produce dolor para decirles el por qué son adictos a esta droga ya que conocen lo que provoca. Si han funcionado las terapias en Alcohólicos Anónimos con una adicción similar, por qué no hacer funcionar una terapia o grupos similares pero aplicado al tabaquismo, si como ya se estudió, la dependencia psicológica es la más difícil de romper.

La presente investigación muestra los hechos y está abierta para investigar con más amplitud este tema.

BIBLIOGRAFIA

Abel, E.L. (1986) Marihuana, Tabaco, Alcohol y Reproducción. Trad. Díaz de Santos . Cap. 2, Tabaco, Toxicología. Madrid, España.

Anguas, P., Reyes, L. (1998) " Validación de la técnica de redes semánticas: el caso específico de definiciones estímulo. "La psicología social en México. Vol. VII Universidad Autónoma del Estado de México. p.p. 515-521.

Arias, G. (1980) Actitudes, Opiniones y Creencias. México: Trillas.

Barnett, A. (1965) Tabaco y Cáncer, Biología y Cerebro, y otros trabajos. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Becoña, E. (1994). " La Recaída y la presentación de la recaída en los exfumadores ". Psicología Contemporánea. Vol. 1 No. 1 México, D.F: El Manual Moderno. p.p. 29-38.

Becoña, E. (1998). " Droga Silenciosa: La nicotina estrategias de tratamiento y prevención. " Psicología Contemporánea. Vol. 5 No. 1 México, D.F: El Manual Moderno p.p. 28-37.

Bonilla, M., Rodríguez, M., Esqueda, P. (1998) Manual para la elaboración de tesis. México, D.F. Universidad Intercontinental. Facultad de Psicología.

Chaplin, J., Krawicc, T. (1978) Psicología: Sistemas y Teorías. 3ª Edición. México, D.F. Interamericana.

Clínica del Tabaquismo del Instituto Nal. De Enfermedades Respiratorias (1990). Dependencia Biológica y Psicológica del Fumador. INER México, D.F.

Díaz, M., Casillas, A. (1994) "El tabaquismo como fenómeno adictivo". El cigarro, una muleta para paralíticos emocionales" Revista Addictus. No. 2, Mayo-Junio, ediciones alternativas. Cuernavaca, México. p.p. 5-21.

Díaz, O. (1997) Tabaquismo, Mitos y Realidades. México, D.F. Diseño Editorial, S.A. de C.V.

Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Portland. (1992).Interamericana Mc. Graw Hill.

Drogas, alcohol, tabaco, marihuana (1992). Revista Psicología Práctica, 1er. Fascículo de Conducta y Actitud Social Espacio y Tiempo Ediciones S.A. Madrid, España.

Dusek, D., Girdano, D. (1983) Drogas, un estudio basado en hechos. Buenos Aires, Argentina. Fondo Educativo Interamericano.

Excelsior (1993) Cómplices del verdugo en potencia. Carrillo, J.L. 31 de Octubre pág. 15-M.

Excelsior (1994) El tabaquismo y la bioquímica cerebral. Garnica, R. 30 de Enero. Pág. 23-M.

Excelsior (1994) La Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco de Ruiz de Chávez anuncia el programa nacional contra el tabaquismo. Aguilera, M. 14 de Febrero, sección B. Pág. 4-B. .

Excelsior (1998) Fumar, la peor opción. 31 de Mayo, Sección B, pág. 8-B.

Excelsior (1998) Tabaquismo: causa de muerte prematura. Aguilera, M. 19 de Junio, Sección B. Pág. 4-B.

Gregg, V. (1978) Memoria humana. 1ª Edición , México, D.F. Compañía Editorial Continental, S.A.

Greene, J. (1982). Pensamiento y lenguaje. México, D.F. 3ª. Impresión. C.E.C.S.A.

Hollard, G., Weiss, H. (1985) En 30 Días ¡ Dejar de fumar ¡ Barcelona España. Ediciones CEAC, S.A.

Houser, N. (1990) El cigarro y la salud. México, D.F. Trillas.

Howe, M. (1981) Introducción a la memoria humana. 4ª Reimpresión. México, D.F. Trillas.

Jones, K., Shainberg, L., Byer, C. (1960) Drugs, Substance Abuse. 2ª Edition. San Francisco, USA. Canfield Press.

Kerlinger, F. (1981) Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. 2ª Edición México, D. F. Interamericana.

Klein, A. (1999) Lo que no se ha dicho del puro. Selecciones Del Reader's Digest, México, de Abril. p.p. 107-113.

Labrandero, M., Escandón, C., Ramírez, J., Hernández, J., Coreño, O. (1995) " Consumo de tabaco entre médicos y enfermeras ". Revista médica del Instituto Mexicana del Seguro Social. No. 1, Vol. 33 Enero-Febrero, México, D. F. p.p. 55-60.

Lara, R. (1996) " El hábito de fumar en el estudiante de secundaria" Revista médica del Instituto Mexicana del Seguro Social. No. 4, Vol. 35, Julio- Agosto. México, D. F. p.p. 287-292.

Lomeli, J. (1998) " Influencia de la publicidad en el consumo de tabaco en estudiantes ".Tesis de la facultad de Psicología Universidad Intercontinental. México, D.F.

Marx, M., Hillix, W. (1980) Sistemas y Teorías Psicológicos Contemporáneos 1ª Edición. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (1974) Consecuencias del tabaco para la salud. Informe de un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud, O.P.S. (1977) Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. Publicación científica No. 337 Washington, D.C., E.U.A.

Organización Panamericana de la Salud, O.P.S. (1992). Tabaco o salud: Situación en las Américas. Un informe de la Organización Panamericana de la salud. Publicación científica No. 536. Washington, D.C, E.U.A. p.p. 256-268.

Pardell, H., Saltó, E., Salleras, Ll. (1996) Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid, España. Médica Panamericana.

Pick, S. (1984) Como investigar en ciencias sociales. México, D. F. Trillas.

Reich, B., Adcock, Ch. (1980) Valores, actitudes y cambios de conducta. México, D.F. Cía. Continental, S.A.

Rico, F., Ruiz, L. (1990) Tabaquismo, su repercusión en aparatos y sistemas. México, D. F.Trillas.

Rico, G., Chapa, A. (1997) "Algunas manifestaciones socioculturales y económicas del tabaquismo en México. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias No. 3, Vol. 10 Julio-Septiembre, México, D. F. p.p. 210-217.

Rubio, H., Fabián, G., y col. (1995) Información básica sobre el tabaquismo. México, D.F. Secretaría de Salud, S.S.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones (1987) Programas contra el tabaquismo, alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas y la farmacodependencia. México, D.F. Secretaría de Salud, S. S.

Sherill, D., Holberg, C., Enright, P., Lebowitz, M (1974) " Longitudinal analysis of the effect of smoking onset and cessation on pulmonary function". American journal of respiratory and critical care medicine. An official journal of the American Thoracic Society Medical Section of the American Lung Association. Vol. 149, No. 34, March. E.U.A. p.p. 591-596.

Summers, G. (1976) Mediciones de actitudes. México, D. F. Trillas.

Tapia-Conyer, R. Y col. (1990) " La Encuesta Nacional de Adicciones en México ". Organo oficial del Instituto Nal. de Salud Pública. Vol. 32, No. 5, Septiembre-October, México, D. F. p.p. 507-522.

Tapia-Conyer, R. (1994) Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México, D.F. El Manual Moderno.

Thorndike, R., Hagen, E. (1982) Tests y técnicas de medición en psicología y educación. 6ª Reimpresión. México, D. F. Trillas.

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, National Cancer Institute. (1991). Strategies to control tobacco use in the United States: A blue print for public. Health action in the 1990'S. NIH Publication No. 92-3316, October. Washington, D. D., E.U.A.

Valdez, M. (1991) Tesis: " Las categorías semánticas, usos y aplicaciones en psicología social ". México, D. F. UNAM, Facultad de Psicología, División de Estudios de Postgrado.

Valdez, M., González, E, Oudhaf, V., González, A. (1998). " Redes semánticas de valores y el sentido de la vida " La psicología social en México. Vol. VII Universidad Autónoma del Estado de México. p.p. 456-460.

Vygotsky, L (1980) Pensamiento y lenguaje. México, D.F. Alfa y Omega.

Wolman, B. (1980) Teorías y sistemas contemporáneos en psicología 2ª Edición en español. Barcelona, España. Martínez Roca, S.A.

ANEXO

Sexo: M F

Edad:

Escolaridad:

Estado Civil:

No. de hijos:

Tiempo que lleva de fumar:

Número de cigarros por día:

Edad cuando inició a fumar

Porqué decidí acudir a la Clínica del Tabaquismo:

