



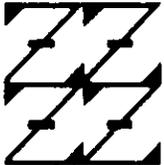
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MUESTREO DE LOCUS DE CONTROL EN UNA POBLACION DE FUMADORES DE LA CLINICA DE TABAQUISMO DEL INER (ESTUDIO EXPLORATORIO)

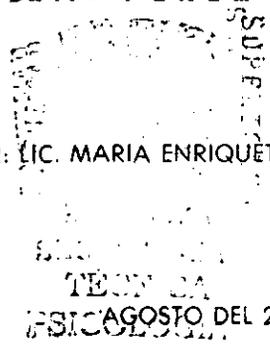
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN:
FONSECA LEON LETICIA
GALIBASTI PEREZ VERONICA

UNAM FES ZARAGOZA



LO MURAMO EJE DE NUESTRA REFLEXION

ASESOR: LIC. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO



TEORIA PSICAGOSTO DEL 2001

2005/09



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. CONDUCTAS ADICTIVAS.	1
1.1. Definición y tipos de adicciones.	1
1.2. Antecedentes de investigaciones acerca de conductas adictivas.	13
CAPÍTULO II. TABAQUISMO.	23
2.1. Antecedentes históricos del tabaquismo.	23
2.2. Componentes químicos del tabaco.	36
2.3. Dependencia al tabaco.	39
2.4. El tabaquismo y sus efectos en la salud.	45
CAPÍTULO III. TEORÍAS Y MÉTODOS QUE HAN ESTUDIADO LAS ADICCIONES Y EL HÁBITO DE FUMAR.	53
CAPÍTULO IV. LOCUS DE CONTROL.	75
CAPÍTULO V. PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA CLÍNICA DEL INER.	100

CAPÍTULO VI. INVESTIGACIÓN.	105
Planteamiento del problema.	
Objetivo general.	
Objetivos particulares.	
Hipótesis de trabajo.	
Variables.	
Método.	
CAPÍTULO VII. RESULTADOS.	111
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	123
BIBLIOGRAFÍA.	129
ANEXO.	137

INTRODUCCION

En todos los tiempos, la investigación ha sido y es parte fundamental para el avance y desarrollo de la ciencia y de la humanidad. Hoy en día, se realizan un sinnúmero de investigaciones en el área de la salud, la mayoría se ocupan en demostrar la efectividad de métodos y técnicas para su intervención y pocos se han dedicado a detectar la multifactorialidad que determinan los problemas de salud, para así desarrollar medidas preventivas y abrir de esta forma, mejores posibilidades de vida a la población en general.

Por este abandono en el área de prevención es que continúan dándose una gran cantidad de problemas sociales y de salud, ya que es más preocupante el cómo eliminarlos una vez que ya están presentes y muchas veces se olvida que la verdadera solución radica en descubrir los distintos factores que intervienen para que se inicien dichos problemas. Un claro ejemplo donde se observan problemas tanto sociales como de salud al mismo tiempo es la adicción al tabaco.

El tabaquismo es una de las conductas de mayor difusión, aceptación y práctica social en todo el mundo, y que durante este siglo ha sido responsable de una marcada incidencia de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

Dada la gran aceptación social del tabaco, muchos científicos se interesaron en investigar sus propiedades; ya en 1928 aislaron su principio activo: La Nicotina, descubriendo que era una sustancia particularmente tóxica. Sin embargo al hábito de fumar no se le consideró como problema de salud pública; fue hasta la década de los cincuenta que en los países desarrollados se le consideró como tal, a partir de entonces se abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo del tabaco que fueron ampliamente evidenciados en un gran número de enfermedades tales como el cáncer en diferentes órganos (pulmón, laringe, esófago, páncreas, estómago, entre otros), enfermedades obstructivo-crónicas, úlceras pépticas, gastritis, cardiovasculares, entre otras (Rico Méndez, F. G. y Ruíz Flores, L. G., 1990)

La pérdida de vidas, el ausentismo laboral por enfermedad y los costos socioeconómicos que trae consigo el tabaquismo, ha provocado en países de Europa y América del Norte, el surgimiento de pautas de acción y de alerta por conducto de las organizaciones médicas internacionales para que se actúe oportuna y decisivamente en el combate de éste hábito; mientras esto ha sucedido en dichos países la tasa de tabaquismo incrementa a un ritmo cada vez más acelerado en los países en desarrollo, entre ellos, México.

En México, actualmente, el hábito de fumar se ha convertido en un problema social y de salud, muy serio, pues cada vez se ve un incremento mayor en el número de fumadores principalmente jóvenes o adolescentes, así como las consecuencias en la salud (enfermedades respiratorias, de cáncer, gastrointestinales, etc.); sin embargo, hoy se sabe que el que una persona se inicie en éste hábito se debe, en gran parte, a sus cogniciones y como percibe el mundo que lo rodea; así como al creciente y acelerado desarrollo de las ciudades, en donde se deben de enfrentar situaciones cada vez más estresantes. Los fumadores, por ejemplo, piensan que el cigarrillo es un medio por el cual pueden encontrar una forma de controlar dichas situaciones (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [INER], 1988).

Por tal razón, es importante observar de cerca uno de los aspectos cognitivos que prevalecen dentro de nuestra sociedad occidental como son las ideas irracionales, específicamente el Locus de Control (interno-externo).

El concepto de Locus de Control I-E es un concepto que fue propuesto por Rotter en 1954 como parte de la teoría del aprendizaje social quien lo observó probablemente como una relación entre una conducta específica de una situación dada y la expectativa de las conductas a aprender con un particular reforzamiento por parte del medio ambiente y las propias experiencias del individuo en el pasado. El concepto de Locus de Control fue definido por Rotter en 1966 de la siguiente manera: "Cuando un refuerzo es percibido por un sujeto, como no contingente a una acción suya, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos o como impredecible por causa de una gran complejidad de los refuerzos que le rodean. Cuando un acontecimiento es interpretado de este modo se denomina esto como creencia de Control Externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente personales, se denomina creencia en el Control Interno". (Citado por La Rosa, Jorge, 1986).

Después de Rotter hubo otros teóricos que continuaron investigando en este campo, el que más se destacó fue Lefcourt quien en 1981 explicó que el término de Locus de Control se refiere a una expectativa general donde los refuerzos son bajo el control I-E, también propone que esto trae una base de aprendizaje social puesto que dependiendo del tipo de formación y educación que recibió el niño será su comportamiento respondiente, con esto sugiere una asociación de crianza, aceptación parental y disciplina con el Locus de Control.

También se ha relacionado el Locus de Control Externo con la adquisición de una serie de enfermedades y adicciones, entre estas últimas se encuentra el tabaquismo, sin embargo esta relación sólo ha sido investigada en otros países, en tanto que en el nuestro se ha dejado como un campo inexplorado. Por lo que se considera importante incurrir en esta área de investigación en la población mexicana, tomando como instrumento de exploración la Escala de Locus de Control, construida y validada, en población mexicana, por el Dr. Jorge La Rosa.

Por tal motivo, esta investigación se propuso conocer el perfil que presentó una muestra de fumadores de la Clínica de Tabaquismo del INER, y de esta forma determinar que tipo de locus de control utilizan con mayor frecuencia.

Para lo cual esta investigación se presenta de la siguiente manera:

En el primer capítulo se habla acerca de las definiciones y tipos de adicción que existen; así como de los antecedentes en investigaciones en conductas adictivas. En el capítulo dos, se abordan los antecedentes históricos del tabaco, los componentes químicos del tabaco, la dependencia a este y de sus efectos en la salud.

En el tercer capítulo trata acerca de las teorías y métodos que han estudiado las adicciones y el hábito de fumar. El tema de locus de control y algunas de las investigaciones realizadas con este constructo se presentan en el capítulo cuatro. En el capítulo cinco se describe el programa de tratamiento de la Clínica de Tabaquismo del INER.

Finalmente, en los capítulos seis, siete y ocho, se describen la investigación, los resultados y la discusión - conclusiones; respectivamente.

CAPITULO I

CONDUCTAS ADICTIVAS.

1.1. DEFINICION Y TIPOS DE ADICCIONES.

En la actualidad las adicciones son uno de los problemas más graves a los cuales se enfrenta nuestra sociedad y que repercute tanto en el ámbito social, económico, como de salud física y mental, por lo que se ha hecho una necesidad dirigir las investigaciones a la creación de nuevas pautas de prevención e intervención de dicho problema.

Como resultado de algunas investigaciones, la Organización Mundial de la Salud (1992), ha definido la adicción como: "un estado físico y a veces psíquico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de no experimentar el malestar producto de la privación" (p. 103).

Otra de las definiciones aceptadas en los últimos años es la de Velasco, C. (1994), que menciona "el término adicciones se emplea comúnmente sólo al consumo de drogas como la marihuana, la heroína y la cocaína, dejando de lado otras drogas que se utilizan con mayor frecuencia, estas son la cafeína, el tabaco, las anfetaminas, los barbitúricos y el alcohol, pues estas últimas son drogas toleradas y aceptadas por la sociedad y muchas veces no son reconocidas como droga, lo que ha llevado a que la población tenga una visión reduccionista del problema" (p. 97).

Retomando ésta última definición se puede decir que los adictos son más de los que muchas veces se cree ya que también hay adicciones que no se reconocen como tales, pero que están presentes en la vida cotidiana de los individuos y que los hacen presa de una dependencia que actúa como un pequeño detonante que alcanza y destruye a las familias, compañeros de trabajo y a casi todas las personas que se relacionan con el adicto; ya que la problemática de la adicción se da porque no tienen la idea clara de lo que es una droga y lo

que es un adicto, por ejemplo hay fumadores crónicos que se disgustan porque hay personas que inhalan cola o esnifan heroína, sin reconocer también que el tabaco es una droga y ellos unos adictos. La forma en que cada persona define adicción y adicto está basada en sus actitudes y prejuicios que están determinados por las circunstancias sociales en las que viven, sus experiencias personales, familiares, así como la legislación y las costumbres de la sociedad a la que pertenezca pues inevitablemente cada sociedad establece sus propias reglas y líneas de conducta para normar el uso de las drogas y así reglamentar usos y comportamientos aceptables que indican que las drogas pueden autoadministrarse, cuáles pueden consumirse bajo dirección médica y aquellas que están totalmente prohibidas; por ejemplo, el alto ejecutivo de Manhattan considera perfectamente normal tomarse tres martinis diarios o más durante el almuerzo, el campesino andino mastica hojas de coca y el campesino de Jamaica toma cannabis como energético (Coleman, 1988).

Otro ejemplo de lo anterior es que el alcohol es aceptado dentro de la sociedad occidental, pero condenado y prohibido en la cultura Musulmana en donde a menudo se tolera el uso de la Marihuana; el Opio que en una época tuvo gran aceptación en el Oriente, en Estados Unidos y en Inglaterra, en la actualidad está prohibido; el tabaco que durante una época fue condenado, ahora es aceptado en todo el mundo (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

De acuerdo con Coleman (1988), además de la aceptación de las drogas en cada cultura en particular, existen otros factores que han influido para que el problema de la adicción continúe, estos son los siguientes: el ritmo acelerado con el que ha cambiado nuestro mundo en los últimos años, al cual nuestra sociedad no ha podido adaptarse con la rapidez suficiente y ha provocado altos niveles de tensión, llevado a la búsqueda de alternativas para reducirla por medio de una amplia gama de drogas; otro de los factores es que hoy en día se pueden elegir entre drogas legales bien comercializadas y promocionadas como el alcohol, el tabaco y la cafeína, o bien en productos ilegales muy asequibles como la cocaína, la heroína y la marihuana; la evolución de los medios de transporte también han contribuido al intercambio de drogas entre diferentes países; la ley por su parte establece normas que declaran ilegales a sustancias poco comerciales como la cannabis y la cocaína, mientras que protege a aquellas que representan un comercio fuerte; en el Sector Salud el problema es que después de un tratamiento "positivo" el adicto regresa a su antiguo ámbito social por lo que muchas veces

regresan a sus viejos hábitos, ya que durante el tratamiento no se cambian ni las motivaciones, el estilo de vida ni la imagen que el adicto tiene de sí mismo; finalmente es importante mencionar que lo que hace adictiva a una droga es la combinación de las propiedades farmacológicas de ésta, la personalidad y las circunstancias de cada consumidor.

Otro aspecto que ha surgido de la necesidad de la investigación de éste problema es clasificar las adicciones para su mejor estudio; principalmente han surgido dos clasificaciones actualmente, la primera es aquella que clasifica a las drogas en físicamente adictivas y en drogas psicológicamente adictivas, en las primeras se produce un efecto en el organismo humano que al dejar de tomarlas, el consumidor padecerá síntomas físicos característicos (síndrome de abstinencia) y en la segunda categoría son las que producen una dependencia psicológica, ésta última puede ser tan perniciosa y destructiva como la adicción física (Coleman, 1988).

Otra clasificación que se hace es: sustancias adictivas y conductas adictivas; las primeras son aquellas producidas por la ingesta de sustancias como el alcohol, anfetaminas, barbitúricos, cocaína, morfina, LSD, el tabaco, entre otras y dentro de las conductas adictivas se encuentran, la de comer compulsivamente, el ejercicio, el juego y el trabajo.

A continuación se mencionarán algunas de las adicciones más comunes:

El alcoholismo ha jugado un papel muy importante en la vida del hombre desde los tiempos más primitivos ya que desde un principio se relacionó con un sentimiento religioso en pueblos tan importantes como el de los egipcios quienes daban gracias a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos agradecieron este mismo hecho a Noé y a los griegos a Baco o Dionisios. Con el tiempo y a partir de un elevado número de sustancias sometidas a fermentación las bebidas alcohólicas ocuparon un lugar preponderante en todas las sociedades del mundo, éstas prácticas se encuentran vigentes en la actualidad.

Ya en 1974, la Comisión sobre Drogodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegó a la siguiente conclusión: "En muchas partes del mundo, los problemas relacionados con el consumo de alcohol superan en mucho a los problemas relacionados con

el uso no médico de drogas menos aceptables socialmente que crean dependencia, como las anfetaminas y la morfina" (Coleman, 1988, p. 21).

Debido al incremento del número de alcohólicos, al alcoholismo se le ha definido de la siguiente manera: El alcoholismo es una enfermedad que se caracteriza por la ingestión repetitiva y compulsiva de cualquier droga sedante, de las cuales el etanol es sólo una, de tal manera que interfiere de algún modo en la vida del sujeto, ya sea en sus relaciones interpersonales, el trabajo, el matrimonio o salud física. De este modo se le ha catalogado como la "enfermedad del siglo XX" (Wassmer, A., 1992).

Según Cervera (1975), es alcohólica toda persona incapaz de controlar cuándo empieza a beber y cuándo deja de beber. Finalmente se ha observado que en el alcoholismo como en cualquier otra adicción, se presentan algunos síntomas físicos a consecuencia de la interrupción abrupta de su ingesta, a este conjunto de síntomas se le llama síndrome de abstinencia el cual se caracteriza por el delirium tremens, depresión, insomnio, escalofríos, náuseas, confusión, angustia, temblores y vómitos y, a veces alucinaciones vividas y terroríficas.

En actualidad se han emprendido algunas campañas para erradicar esta "enfermedad" o adicción. Uno de los tratamientos que en la actualidad ha dado buenos resultados es el de los doce pasos, estos son la base del programa de rehabilitación del programa de AA (Alcohólicos Anónimos).

Por otra parte, las anfetaminas son sustancias que al igual que el alcohol son nocivas para la salud y que pueden causar adicción. La anfetamina se sintetizó por primera vez en 1927 en Los Ángeles, pero hasta la década siguiente no se comercializó a gran escala. Poco después se reconoció que el fármaco era adictivo, pues en 1933, los investigadores Oswald y Thacore indicaron que la anfetamina seguía actuando sobre el cerebro mucho después de haber dejado de tomar el fármaco. Ya en 1938 se reconoció que existía verdadero riesgo de adicción. Sin embargo las autoridades no tomaron esto en serio, pues la anfetamina parecía un buen estimulante y una eficaz fuente de energía y los laboratorios siguieron fabricando anfetaminas y comercializándolas como medicamento adelgazante.

Actualmente, ya no se recomiendan las anfetaminas para el tratamiento de la obesidad, pero aún existen cientos de miles de adictos a estas.

Estos adictos se caracterizan por su poco apetito por lo que son muy delgados, se muestran muy inquietos, no pueden parar ni un momento ni dormir. También suelen tener como único objetivo en la vida: conseguir y consumir anfetaminas; por lo tanto pierden el interés en sus relaciones familiares, de amistad y de trabajo, tornándose en personas introvertidas.

Esta dependencia no sólo se ve reflejada en el aspecto social y cambio de conducta individual, sino que también se refleja de forma negativa en su salud. Si este suspende la ingesta de las anfetaminas presenta inmediatamente un conjunto de síntomas físicos que a los que se les ha agrupado en el llamado síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por insomnio, cansancio, irritabilidad y depresión.

Por otra parte la dependencia del tipo barbitúrico es un estado provocado por la administración repetida de un barbitúrico o de un agente de efectos semejantes al de éstos, en forma continua y en dosis superiores a las terapéuticas (González , 1973). Fue Adolpho Von Baeyer que trabajando como químico investigador en Gante en 1864 sintetizó el ácido barbitúrico y se han producido desde entonces más de 25, 000 barbitúricos diferentes y se han comercializado para el consumo humano unos 50 (Cervera, 1975).

Los problemas que acompañan el consumo de barbitúricos salieron a la luz en los años 50's, cuando un escritor indicó que la adicción de los pacientes a los barbitúricos era más grave que la de los adictos a la morfina. Sin embargo, miles de médicos continuaron recetándolos a los pacientes que no podían conciliar el sueño o que querían que les calmarán los nervios, por lo que a mediados de los años 70's, los barbitúricos seguían siendo los ansiolíticos y somníferos más recetados. Y hoy en nuestros días existen muchos adictos a los barbitúricos.

Los adictos a dichas sustancias padecen invariablemente de temblores, irritabilidad, síncope, insomnio y agitación, también en ocasiones pueden padecer de falta de concentración y ser más propensos de lo normal a los accidentes. Debido a estos trastornos se

suelen mostrar en extremo reservados. Las repercusiones en la salud de este tipo de adictos son los ataques y trastornos psíquicos como depresión y la sobredosis suele ser letal. A pesar de estas consecuencias, los consumidores no dejan de ingerir dichas sustancias pues si las dejan de tomar pueden tener problemas de sueño y tal vez pesadillas, también es probable que se sientan angustiados e irritables y tengan temblores (Síndrome de abstinencia).

Otra de las sustancias son las benzodiazepinas que fueron sintetizadas en 1954 por el Doctor Leo H. Sternbach quien empezó a experimentar con dos series de productos químicos llamados benzofenonas y heptoxidiacinas, esperando que estos productos pudieran producir cierta acción farmacológica positiva en el cerebro. Y en Julio de 1957 se describía una sustancia como hipnótica, relajante y sedante, para la primavera del siguiente año, se le llamó benzodiazepina, una sustancia completamente nueva. A partir de estas sustancias se crearon otras que tenían los mismos efecto, como el Librium, Valium y el Diaepam. A pesar del éxito que obtuvo la propagación y el consumo de los benzodiazepínicos, no se pudo ocultar que también eran peligrosas pues eran altamente adictivas. Según González (1973), los adictos a las benzodiazepinas son propensos a la depresión, ansiedad, cansancio, inquietud y letargo; también presentan síntomas del síndrome de abstinencia cuando suspenden su ingesta.

La cannabis (marihuana) es una droga narcótica e hipnótica que se produce normalmente de la *cannabis sativa*. Los efectos narcóticos de ésta planta son fácilmente reconocibles en una persona adicta, ya que los signos característicos que produce esta droga son, por ejemplo, un olor peculiar cuando se fuma, suelen agudizarse las sensaciones del tacto, el oído y el olfato, y el consumidor puede experimentar alucinaciones; también puede parecer especialmente feliz y relajado. El conocimiento de esta droga se remonta al año de 2737 A. de C., en que el emperador chino Shen Nung describió la planta. En la India en el siglo V A. de C. se encontró información sobre su cultivo y, en especial, sobre las propiedades euforizantes y placenteras del producto (Brau, 1972). Desde la India, y durante la Edad Media, el cultivo de la cannabis o cáñamo se extiende por Oriente Medio y África del Norte. Hacia 1800 llega la marihuana a Europa, llevada por las tropas de Napoleón tras la campaña de Egipto, pero su consumo estuvo limitado tan sólo a algunos círculos "selectos" de la sociedad francesa. Por otra parte, desde África y Sudamérica y a través de México, la marihuana se introduce en América del Norte, aproximadamente en el año de 1860 (CREA, 1982).

A partir de entonces tuvo una gran expansión en todo el mundo la cannabis se convirtió en una planta a la que se le dieron diferentes usos y nombres. Sin embargo, su difusión fue adquiriendo matices de peligrosidad social; pues lo que en un principio fue empleado como tratamiento de la fatiga, para el dolor de cabeza, del asma y del reumatismo, fue adquiriendo un modo de uso no médico o curativo sino meramente placentero. Esto último tuvo consecuencias negativas, hasta el punto de que en el año 1937 fue declarada droga ilegal por la Oficina Federal de Narcóticos. Incluso hoy en día, las investigaciones no han arrojado pruebas de que el cannabis sea una droga "peligrosa" ni físicamente adictiva así mismo no causa mucho problema al tratar de abandonarla, sin embargo esta droga puede llegar a provocar la dependencia psicológica por lo que el consumidor de la marihuana al dejar de consumirla deberá enfrentarse a síntomas como: depresión, ansiedad e insomnio (González, 1973).

Otra sustancia extraída de una planta americana es la cocaína, la cual es el alcaloide de la coca o *Erythroxylum coca*, estos son arbustos de hojas caducas que crece en estado silvestre en América del Sur. De entre los muchos alcaloides contenidos en las hojas de coca, la cocaína es el más importante, y como tal sustancia fue aislada e introducida en Europa en 1860, expandiéndose como una nueva moda en este continente, de tal forma que 20 años después continuaba su popularidad. Debido a este creciente éxito de la cocaína, en Inglaterra se hacían publicaciones médicas que contenían explicaciones muy entusiastas acerca de las diferentes formas de consumo y empleo de esta sustancia, ya que era utilizada como anestésico local y como tratamiento para enfermedades tales como el cáncer, la fiebre del heno y el mareo; la cocaína se cimentó, entonces, como uno de los remedios de salud más importantes. Sin embargo, con el paso del tiempo fue perdiendo esta connotación y paso a ser sólo una "fuente de placer".

La forma tradicional de consumo de cocaína es inyectarla o esnifarla a través de un billete nuevo, enrollado o con una cucharilla dorada. Para esnifarla mejor, el consumidor hace una línea fina de cocaína sobre una superficie metálica o de cristal, cierra un orificio nasal e inhala por el otro la línea de cocaína (González, 1973).

Para Coleman (1988), los consumidores de cocaína suelen caracterizarse por estar en un estado sumamente excitable e irritable. Pueden tener alucinaciones y quejarse de una sensación "hormigueante" en la piel. A los adictos que inhalan o esnifan con frecuencia suele

gotearles la nariz y quizá se altere su pauta de sueño. Estos consumidores suelen, con el tiempo, presentar lesiones de tejido nasal interno así como lesiones pulmonares; también presentan bajo peso pues pierden el apetito. Además padecen depresión y convulsiones.

Otro tipo de adicción es el inhalar vapores para obtener efectos psicológicos, esta técnica se remonta a la antigüedad (en la antigua Grecia el oráculo de Delfos la practicaba), sin embargo esta técnica tal y como se conoce ahora surgió, al parecer en las zonas rurales de Estados Unidos en los años 50's, en este año se puso de moda el inhalar gasolina. La moda de esnifar cola surgió en los 60's, y en las dos últimas décadas se ha extendido por todo el mundo. Una relativa "ventaja" es que estos productos son muy fáciles de conseguir y en comparación con otras drogas, como la cocaína, son sumamente baratos. Todas las colas, disolventes de pinturas, lacas para el cabello en aerosol, líquidos limpiadores, gasolina, abrillantadores líquidos para el calzado, limpia metales y esmaltes de uñas contienen sustancias volátiles que pueden inhalarse y utilizarse para obtener efectos similares a los que producen las drogas como los barbitúricos y los opiáceos. Por tal razón, según González (1973), todas estas sustancias pueden utilizarse para obtener efectos de sedantes en el sistema nervioso central y para producir embriaguez, también se pueden hacer que se experimenten sensaciones de somnolencia y vértigo, alucinaciones y hasta la pérdida de conciencia. Estos productos a través del tiempo van causando problemas físicos y psicológicos en el adicto, pues se ha visto que es común encontrar lesiones cerebrales graves e irreversibles, lesiones cardiacas, del hígado, riñón, así como en el sistema circulatorio y la médula ósea.

El opio es el producto de la adormidera o *papaver somniferum*, planta originaria de Mesopotamia y cuyo cultivo se remonta hasta la época prehistórica. Las revelaciones más antiguas en cuanto a su empleo se remontan a 4000 años a. de C. entre los sumerios, también se menciona en el papiro de Ebers (1550 años a. de C.) y en escritos médicos asirios hechos en tablillas de barro (700 años a. de C.) (Brau, 1972).

Es en el siglo XIX, específicamente en el año 1803, que un farmacéutico llamado Saturner aísla el primer alcaloide del opio: La morfina.

Posteriormente, la heroína se produjo a través de la morfina y es de 20 a 25 veces más potente que la morfina y por consiguiente doblemente adictiva. La heroína conserva el sabor amargo del opio pero es inodora. El principal problema que conlleva este opiáceo es la gran tolerancia que adquiere el organismo humano, así que para obtener los mismos efectos hay que incrementar cada vez más la dosis. A partir del opio se han producido otras sustancias, las cuales se conocen como opiáceos, entre las que se encuentran la Metadona, Codeína, Ebina, Biconal, Papaverina, Petidina, Narcotina y Narceína. Todos estos narcóticos deprimen el Sistema Nervioso Central, calman el dolor, producen sueño, curan la tos y la diarrea, también pueden producir una extraña sensación de bienestar y comodidad; además hacen que las tensiones y preocupaciones desaparezcan y crean un agradable estado de euforia (CREA, 1982).

La LSD y otras drogas alucinógenas tuvieron su auge en los años 60's y 70's, desencadenan todo tipo de extraños efectos mentales, pues afectan la percepción sensorial; además bajo la influencia de los alucinógenos los colores cobran mayor intensidad, el tacto y el oído también se ven alterados, desaparece la pauta de pensamiento normal, hay alucinaciones visuales y auditivas, se liberan sentimientos y miedos reprimidos y desaparecen las normales inhibiciones sociales (Cervera, 1975). Los signos de adicción que pueden tener los consumidores son: alucinaciones que persisten mucho después de haber dejado de tomar LSD, también son frecuentes las alteraciones en el sueño, generalmente sienten vértigos, náuseas, sudoración y ansiedad, podrían también incluirse temblores y dolores de cabeza.

Coleman (1988) manifiesta que en la actualidad, las drogas alucinógenas han pasado de moda y apenas se consumen, ya que los peligros y efectos secundarios relacionados con éstos se trataron con amplitud en los medios de comunicación en la época en que estaban de moda; además estas drogas nunca llegaron a recetarse ampliamente como otras; finalmente como las drogas alucinógenas no crean adicción, los beneficios que pueden producir en el mercado negro no son muy grandes.

Es muy frecuente que los pacientes se hagan adictos a algún medicamento por su deseo de curarse, pues este mismo deseo los lleva a interpretar de forma errónea la función del medicamento así como la intención del médico al recetarla ya que pueden atribuirle

propiedades y funciones que realmente no posee, respondiendo así a sus propios deseos más que al potencial farmacológico del producto, haciéndose así un adicto. De esta misma forma se han creado adictos a diversas sustancias como: los productos vitamínicos y minerales, aspirinas, remedios para el catarro y la tos, laxantes, productos que contienen cafeína, etc., y para este tipo de drogas no se han emprendido campañas para controlar su venta y consumo, por el contrario, aun en la actualidad hay muchos médicos que fomentan esta adicción, pues las recomiendan indiscriminadamente como si fueran remedios caseros muy efectivos (Coleman, 1986).

Como ya se mencionó, existen conductas adictivas, siendo una de ellas la de comer compulsivamente.

Es muy factible que la persona adicta a la comida sea obesa, al igual que los adictos a las drogas, suelen engañarse y mentir, pues es muy posible que escondan su alimento preferido en lugares secretos así como ocultar sus hábitos alimenticios a otras personas e incluso llegan a robar dinero para comprar comida.

El motivo más común que tienen estos adictos es el puro y simple impulso de comer demasiado. Es por este motivo que si el adicto intenta dejar su hábito se sentirá nervioso, irritable, impaciente, se encontrará incapaz de estarse quieto y se sentirá triste y deprimido. Así es que el adicto a la comida necesitará apoyo, consuelo y ayuda de quienes lo rodean. Este tipo de adicción puede provocar serios trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Coleman, 1988).

Otra de las conductas adictivas es la de consumir cafeína, la cual es un estimulante del sistema nervioso central y produce efectos físicos inmediatos, eleva la tensión arterial, el ritmo cardiaco, la cantidad de ácidos segregados por el estómago, indigestión y palpitaciones, a la vez que aclara y acelera los procesos mentales. Por esta razón se le considera muy fuerte y potencialmente peligrosa e incluso mortífera, si se abusa de ella. La cafeína se encuentra en el café, el té, el cacao y las bebidas de cola. De este modo se puede considerar que la persona que se siente muy mal por no tomar por la mañana té o café o alguna otra bebida cafeínica, es adicta a esta sustancia.

Una conducta adictiva más, es el ejercicio, Coleman (1988), describe que el adicto al ejercicio seguramente lo practicará a diario, no importando el tiempo que le dedique y aun cuando sienta dolores seguirá haciéndolo y a menudo tratará de convencer a otros para que hagan también ejercicio. El tipo de síndrome de abstinencia es un poco diferente a los demás pues si intenta dejar de hacer ejercicio puede sentirse mal físicamente y culpable pues se preocupará de no aprovechar su tiempo haciendo ejercicio que le "beneficiará" físicamente. Por otra parte Mothner y Weitz (1986), explican que al hacer ejercicio se producen las endorfinas, las cuales son producidas naturalmente por el organismo y estas mitigan el dolor. Es entonces cuando la presencia de estas en el organismo explica la reacción "placebo" al hacer ejercicio y dan una sensación de bienestar, es por esta razón que se crea una adicción a dichas sustancias y a la conducta que las produce.

El juego es otra conducta que puede llegar a ser adictiva. El adicto al juego o jugador empedernido jugará casi todos los días de la semana y gastará todo su dinero tratando de recuperar las pérdidas hasta que se quede sin nada. Las personas adictas al juego pueden volverse irritables y malhumoradas, sobre todo cuando sus pérdidas se acumulan; las deudas pueden llevar a un jugador a serios problemas económicos, sociales y hasta el suicidio, también son comunes la ansiedad y la depresión puesto que es muy probable que este adicto se quede sin trabajo, sin hogar y sin familia. También es probable que pierda la salud. Los síntomas del síndrome de abstinencia que presenta el jugador-adicto son: malestares físicos, constante disgusto, se sentirá irritado e incapaz para controlarse por no jugar (Coleman, 1988).

Coleman (1988), también estudió la "adicción al trabajo" y concluyó que esta conducta exagerada no suele tomarse en serio y realmente resulta extraño calificar al "trabajo" como una adicción. Pero lo cierto es que en muchos casos crea una adicción que podría resultar sumamente destructiva, puesto que el adicto al trabajo le resulta muy difícil relajarse y tener vacaciones, trabajará mañanas y tardes, incluso los fines de semana estará siempre ocupado y obsesionado por el trabajo aun cuando esté en su casa, después de su larga jornada del día. Si los trabajoadictos trataran dejar de serlo deberán enfrentarse a los efectos del síndrome de abstinencia, los cuales se manifiestan en forma de gran inquietud, mal humor y serias dificultades para relajarse; y para superar éstos síntomas primero deberán tener amor propio y mayor confianza en si mismos.

Finalmente, otra conducta adictiva que tampoco se considera como tal y que pertenece a las adicciones más comunes en la vida moderna es el tabaquismo.

La hoja de tabaco es originaria de América, en donde era considerada una planta "divina" por lo que se relacionaba con ritos ceremoniales-religiosos, durante los cuales se le otorgaban poderes mágicos de predicción y de adoración a sus dioses. También era utilizado como agente curativo para enfermedades como: el asma, el catarro, el dolor de muelas, el cólico y el resfriado (Rico y Ruíz, 1990).

El conocimiento y uso del tabaco en Europa se dio a partir del descubrimiento de América. Como consecuencia su uso se extendió por Europa, primero y después por Asia y África; en donde se utilizó, en un inicio, con fines curativos. Sin embargo este propósito inicial se fue dejando en el olvido y se dio paso al propósito de usar al tabaco solo como un productor de placer, ya fuera masticado, esnifado (rapé), o bien fumado en pipa, cigarro o puro.

Esta nueva moda se expandió por todo el mundo con una gran aceptación, debido a esto algunos científicos comenzaron a estudiar las sustancias contenidas en el tabaco encontrando su principio activo: La nicotina; la cual es la responsable de la adicción hacia el tabaco, pues es una sustancia de rápida acción (llega al cerebro 7 seg. después de haber sido inhalada) y posee una doble acción de relajación y de estimulación (dependiendo la cantidad ingerida). También encontraron que el humo del tabaco contiene aproximadamente 4700 sustancias tóxicas entre las cuales destacan el alquitrán, sustancia altamente carcinógena, y el monóxido de carbono, el cual se desprende durante la combustión de éste. Como resultado de estas investigaciones se observó que el tabaco era un factor de riesgo para contraer un sinnúmero de enfermedades como: el cáncer pulmonar, el enfisema, las úlceras pépticas, enfermedades crónico-obstructivas, cerebrovasculares, etc. (Rico y Ruíz; 1990).

Sin embargo, Coleman (1988), asegura que no fue sino hasta la década de los 50's que se reconoció al tabaquismo como un problema de Salud Pública. A partir de entonces se iniciaron campañas contra el tabaquismo, principalmente en los países desarrollados como Estados Unidos y de Europa, como resultado se ha visto un decremento en el número de adictos al tabaco; mientras que en estos países disminuye la tasa de fumadores en países

subdesarrollados, entre ellos los latinoamericanos, se ve incrementado el número de fumadores; gracias a que estos países poseen las condiciones idóneas para que los grandes consorcios tabacaleros vendan sus productos, pues son países donde se puede cultivar la planta y donde hay una población poco informada de los efectos nocivos del tabaco y es por lo tanto susceptible de convertirse en una población fumadora, además que gastan grandes cantidades de dinero en campañas publicitarias para promocionar sus productos y por último las autoridades de dichos países no han contribuido para la erradicación de este problema sino que al contrario lo han protegido debido a intereses económicos.

En la actualidad se reconoce al tabaquismo como una adicción y por lo tanto el adicto al tabaco si deja de consumirlo presentará síntomas propios del síndrome de abstinencia como son: angustia, irritabilidad, insomnio, dolores de cabeza, ansiedad, entre otros.

Finalmente, cabé mencionar que así como existen muchas adicciones también existen diversos motivos por los que una persona se vuelve adicta a "algo" en concreto, entre estos se encuentran: la personalidad, la tensión, la publicidad, los médicos, el precio, la moda, sexualidad y la información (Coleman, 1988).

1.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ACERCA DE CONDUCTAS ADICTIVAS.

A partir de que las adicciones se consideraron como un problema psicosocial y de salud de grandes dimensiones, muchos investigadores se dieron a la tarea de realizar diversos estudios acerca de este problema. A continuación se describirán brevemente algunos de estos estudios.

Básicamente, son dos las fuentes de información que han dado seguimiento a los problemas asociados al consumo de sustancias en nuestro país: por un lado, las investigaciones entre la población estudiantil, cuya primera evaluación data de 1976; por otra parte, las mediciones semestrales con usuarios asistentes a instituciones de salud y de procuración de justicia, efectuadas por el Centro de Información en Farmacodependencia (CiF) del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), en colaboración con otras dependencias, desde 1986 (Ortiz y Rodríguez, 1994).

Los usuarios que reportaron tener al menos un problema debido a su consumo de drogas, fueron los consumidores de marihuana e inhalantes quienes presentaron más problemas, seguidos por los que usaban tranquilizantes.

El uso perjudicial se define como "una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como los episodios de trastornos depresivos secundarios" (OMS, 1992; citado por Villatoro, Medina-Mora y López, 1994; p. 106), y que no implica la presencia de síntomas de dependencia.

En el área psicológica, son los usuarios de sedantes, cocaína e inhalantes los que presentaron más problemas. Quienes prefieren los sedantes también mostraron un porcentaje alto en el área familiar, el 79.1%. Por área, es precisamente la psicológica en la que presenta el mayor porcentaje de problemas los usuarios (Villatoro et al, 1994).

Ortíz y Rodríguez (1994), encuentran que como consecuencia del creciente uso de las drogas en 1988 la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reporta en su investigación que las drogas más empleadas en ese año, a nivel general, fueron la marihuana, los inhalantes, los tranquilizantes, los estimulantes y la cocaína.

En 1945 Jenillek sostenía que el alcoholismo es una enfermedad familiar y que como tal puede transmitirse de una generación a otra. Cualquier persona cuya madre, padre u otro familiar cercano es alcohólico tiene mayor probabilidad de ser alcohólico. Sin embargo, lo familiar no necesariamente debe entenderse como hereditario (Natera y Tiburcio, 1994).

La investigación relativa a la forma en que los problemas de consumo de sustancias son transmitidos de una generación a otra se ha realizado por dos vías: una genética y otra a través de factores culturales y del medio ambiente. Ambos tipos de estudios han sido más comunes en el campo del alcohol que en el de otras drogas.

Según Cloninger, en 1981, existen tres tipos de alcoholismo: uno es cuando la influencia genética es muy fuerte, otro es aquél que tiene antecedentes genéticos y

medioambientales y uno más que no necesariamente implica factores genéticos (Natera y Tiburcio, 1994).

Los estudios genéticos realizados en gemelos monocigotos y dicigotos, así como con hijos adoptados de familias cuya historia de alcohol es positiva (HF+) o sin historia de alcohol (HF-), aportaron evidencias de la influencia genética, pero ninguno proporcionó respuestas 100% contundentes. Las dificultades mayores en este campo han sido las definiciones para la evaluación de lo que se considera consumo excesivo y dependencia.

Los trabajos de Goodwin en 1973 destacaron en el campo de la adopción. Este autor afirma que los hijos de alcohólicos no son tan susceptibles a patologías más allá del alcoholismo en relación con hijos de padres no alcohólicos. Comparó a 78 individuos masculinos con 55 individuos que habían sido separados de sus padres biológicos, de los cuales por lo menos uno era alcohólico; en sus resultados reporta que a 18 de los individuos del grupo de padres biológicos alcohólicos y a 5 del conglomerado se les diagnosticó alcoholismo, lo que sugiere la presencia de un componente genético (Natera y Tiburcio, 1994).

Cloninger en 1987 define dos patrones de herencia basados en estudios de adopción. El tipo 1, limitado por el medio, involucra factores genéticos que se modifican por influencia del ambiente. Algunos de los rasgos que caracterizan este tipo de alcoholismo son: el poco interés por buscar experiencias nuevas y alta dependencia al reforzamiento, expresada como la preocupación por los sentimientos de otros hacia el alcohólico. El tipo 2, exclusivo del género masculino, es altamente heredable y no es tan susceptible a la influencia del ambiente; está asociado tanto al alcoholismo como a la conducta antisocial del padre. Sus rasgos más significativos son una enorme atracción por lo novedoso, poco interés por evitar los daños y baja dependencia al reforzamiento (Natera y Tiburcio, 1994).

Probablemente los resultados más concretos son los que señalan que una personalidad antisocial está vinculada al inicio temprano del consumo de alcohol u otras drogas. Tarter en 1984 encontró que los delincuentes hijos de alcohólicos obtenían puntuaciones más altas en la tríada neurótica del MMPI, que los delincuentes sin historia familiar de alcoholismo; y en 1985 describe algunas características psicológicas de los individuos en riesgo como sigue:

hiperactividad durante la infancia, bajo rendimiento académico, personalidad antisocial, deficiente ejecución verbal, dificultades para la abstracción y la solución de problemas en las evaluaciones neuropsicológicas. Un aspecto de interés, particularmente subrayado por Tarter, es el hecho de que dichas características están asociadas tanto a una disfunción del sistema nervioso central como a antecedentes de alcoholismo familiar en parientes de primer grado (Natera y Tiburcio, 1994).

Narusk en 1991, investigó el consumo del alcohol en los adolescentes, considerando a la familia como mediador entre el adolescentes y su entorno social. Otras variables que se tomaron en cuenta fueron la percepción del ambiente familiar, la naturaleza de las relaciones entre los diferentes miembros de la familia, las actividades realizadas en el tiempo libre dentro y fuera del grupo familiar, y la satisfacción en diferentes ámbitos de la vida. En este contexto se hace notar que los hijos de familias intactas y armónicas son indiferentes al uso de alcohol u otras sustancias como el tabaco, valoran su entorno familiar y casi siempre están satisfechos con sus relaciones. Por el contrario los hijos de familias no armónicas son más propensos a abusar del alcohol (Ortiz y Rodríguez, 1994).

Orford en 1992 refiere que la familia no es la única responsable de la conducta de los hijos, pues existen grupos sociales como los amigos, compañeros de escuela, compañeros de trabajo, etc. que influyen en la conducta de las personas (CREA, 1982).

En un modelo propuesto por Tarter y cols. en 1985, el temperamento representa un vínculo entre lo genético y lo ambiental. En dicho modelo, algunos rasgos temperamentales desviados subyacen a los factores conductuales asociados al alcoholismo masculino. Específicamente, factores relacionados a un alto nivel de actividad, disminuciones en la expansión de la atención, expresividad emocional lábil, poca capacidad para recuperarse después de haber estado bajo intenso interés y un alto nivel de sociabilidad, parecen ser característicos de las personas vulnerables a desarrollar adicciones y aparentemente están asociados a carencias en el funcionamiento de eje cerebral frontal y medio (Natera y Tiburcio, 1994).

En México, los estudios realizados han sido orientados principalmente a la búsqueda de la presencia de la transmisión social del uso y abuso del alcohol. Por ejemplo, Natera y cols. en 1993 descubrieron que el número de historias familiares positivas de alcoholismo fue mayor entre los alcohólicos que entre la población de consumo moderado. En una muestra de 93 parejas, el 56.5% tuvo antecedentes de historia positiva de alcoholismo; de ellos, el 37.6% era hombres alcohólicos y el 5.3% eran hombres no alcohólicos. Estos resultados son congruentes con la hipótesis de que el consumo de alcohol de una generación influye en el consumo de las generaciones subyacentes o subsecuentes aumentando su vulnerabilidad a la adicción (Natera y Tiburcio 1994). En el caso de las mujeres alcohólicas, también son muy frecuentes los antecedentes de alcoholismo en la familia, generalmente por parte del padre.

En lo que se refiere al consumo de los opiáceos, según Servín, Trejo y Zaldivar (1994), desde hace casi siete años se estableció, a través de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, un programa de tratamiento que brinda servicios de prevención, atención integral y rehabilitación y que ha aplicado estrategias de reinserción social frente al problema de las adicciones.

Otro problema muy ligado y que crece a la par del de los opiáceos, es el de la presencia del SIDA en usuarios de la morfina y heroína por vía intravenosa.

El Departamento de Antropología de la Universidad del Norte de Arizona, a través de su proyecto multicultural para la prevención del SIDA, recopiló una línea base e información etnográfica y también datos cuantitativos acerca de variables psicosociales. Esta recopilación tuvo dos propósitos: definir los elementos socioculturales del uso de drogas y del riesgo de contraer VIH (Trotter y Portter, 1994; citados por Rodríguez, Valdespino y Gómez en 1994).

La presencia de VIH en usuarios de drogas intravenosas en la India y Tailandia ha pasado de 0 a 50%. En América Latina, el Caribe tiene una de las tasas más altas de SIDA del mundo, y la infección está ocurriendo en edades más tempranas a través de relaciones heterosexuales. En Sudamérica el número de infecciones es mayor en hombres homosexuales y en usuarios de drogas intravenosas aumenta. México ocupa el tercer lugar en América, y el onceavo en el mundo con 18 mil, 353 casos reportados.

Durante la última década, el abuso de drogas tanto en nuestro país como en otras regiones del mundo, ha ido en constante aumento. A pesar de que se han dado avances legales para su control, cada día surgen más métodos, no solo para la industrialización; ya que es más fácil transportar productos procesados y no materia prima sino para su distribución y comercialización, lo que obliga a un aumento en los costos, para el caso de los opiáceos, que probablemente es un factor que induce a los adictos a pasar del opio fumado a la heroína inyectada.

Así pues resulta innegable que en nuestro país existe un creciente consumo de drogas ilegales por vía intravenosa. Adicionalmente, se ha señalado que el consumo de drogas reduce la inhibición sexual, hecho que asociado a la perturbación del juicio ocasionada por estas sustancias al afectar el sistema nervioso central, facilitan las prácticas sexuales no seguras, así como el intercambio de drogas por sexo, México ha registrado 287 casos asociados a UDIV (uso de drogas intravenosas), de los cuales 127 corresponden a usuarios de drogas intravenosas y 160 hombres homosexuales usuarios de drogas; el número de casos de SIDA asociados a drogas aumenta paulatinamente, pero constantemente (Rodríguez et al, 1994).

Un estudio conducido por Donovan y Jesson, encontraron que el uso de una sustancia lícita puede conducir a una iniciación en el consumo de una sustancia ilícita. En otro estudio realizado por Susan L. Bailey se analizó el consumo del alcohol y cigarrillo así como el de otras sustancias. Este estudio se realizó en dos partes: el estudio de la prevención del multinivel del abuso de sustancias de alto riesgo en jóvenes y el estudio de la secuencia del alcohol, drogas y tabaco entre los jóvenes. Se tomó una muestra de 4192 estudiantes de secundaria, ellos fueron observados en tres tiempos durante un período de 4 años. A los estudiantes que fumaban fueron clasificados de la siguiente forma: los que reportaron fumar un paquete al día o medio paquete o uno completo por semana fueron considerados fumadores pesados. Los fumadores ligeros fueron los que fumaban menos de un paquete en un mes. A los que bebían alcohol se les clasificó de la siguiente forma: los que bebían dos veces en una ocasión típica fueron considerados bebedores ligeros y los pesados fueron aquellos que consumieron tres o más tragos en ocasiones típicas. Durante el estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Y se encontró que cuando abusaban de los cigarrillos lo hacían también con el alcohol y esto también aumentaba la probabilidad de que consumieran

otras sustancias adictivas e ilícitas. Concluyendo así que el abuso de los cigarrillos y el alcohol elevan la probabilidad de que se inicie en el consumo de otras sustancias más peligrosas (Bailey, S. L., 1992).

Por otra parte, Miller publicó en Alemania, en el año de 1939, que entre los pacientes con cáncer del pulmón había un 65 % de grandes fumadores y solo el 3.5 % de abstemios al tabaco (Makkai, McAllister y Goodin, 1994).

El Dr. García afirma que el cáncer broncogénico es más fuerte en hombres que en mujeres y el 10% de estos casos se diagnostican antes de los 50 años de edad, la mayor frecuencia se observa entre los 50 y los 65 años. Ya en 1957 se habían publicado 20 estudios retrospectivos provenientes de 8 países en los que coincidieron que el mayor número de grandes fumadores presentaban cáncer de pulmón, además se observó que la frecuencia de cáncer va en proporción de la intensidad del tabaquismo, que el riesgo también es diferente si se fuma pipa, cigarrillo o puro y que los pacientes con cáncer en el pulmón comienzan a fumar muy jóvenes. Posteriormente Doll y Hill en Inglaterra entrevistaron a 40000 médicos mediante un cuestionario a los cuales agruparon por sexo, edad, cantidad de tabaco fumado y método para fumar. Así obtuvieron información de 1714 fallecimientos de médicos del sexo masculino mayores de 35 años, encontrando que 85 de estas muertes fueron a causa de cáncer en el pulmón y las demás se relacionaron con enfermedades provocadas por la intensidad del uso del tabaco. En otro estudio Graham y Troninger produjeron cáncer en la piel en ratones tratados con estratos de alquitrán pintados en la piel, obteniendo como resultado que el 50% de los ratones contrajo el cáncer en un período breve de tiempo, lo cual los llevo a la muerte.

En 1964 en Estados Unidos el Cirujano General concluyó que la relación científica aportada entre el tabaquismo (fumar tabaco) y el cáncer era significativa. Posteriormente en 1986 concluyen que el no ser fumador no exenta a las personas que conviven con los fumadores de contraer enfermedades iguales o similares a las que contraen los fumadores, a estas personas se les llama fumadores pasivos (Makkai, et al, 1994).

En 1992 se encontró en Australia que algunas personas que se encontraban afectadas por enfermedades similares a las de los fumadores, no fumaban y sin embargo al realizar

análisis de sangre se encontraron componentes del humo del cigarro por lo que el hecho de que una persona se encuentre cerca de un fumador puede afectarle de igual forma que al que esta fumado, esto último fue apoyado por la corte de Australia en este mismo año.

Específicamente el conocimiento del fumador pasivo es contingente a una variedad de factores, pero es notable que en los no fumadores o fumadores pasivos es mayor la probabilidad de no querer aceptar que pueden tener enfermedades como las de los fumadores (Makkai et al, 1994).

Eli Marcovitz en 1968 hizo un estudio en el cual concluye que la inhalación es el elemento más significativo en la adicción al tabaquismo. Junto con la exhalación y la visualización constituye la tríada respiratoria. La farmacología y los factores sociales son relativamente insignificantes ya que los reforzamientos intrapsíquicos son mucho más importantes en el fumador, también dejan de lado que el tabaquismo puede producirles alteraciones en el Sistema cardiovascular, gastrointestinal y el Sistema Nervioso Central en donde se producen parálisis de células, embolias, arritmias, vómitos y shocks.

Los sentimientos de poder y de inmunidad al peligro es característico en muchos de los fumadores, ya que piensan que les da el poder de conquistar a los enemigos y el amor de mujeres y/o hombres. Algunas personas juegan con el humo, otros utilizan al cigarrillo como acompañante de sus comidas, otros cuando beben y otros después de sus actividades sexuales. Malcovitz concluye que con este tipo de personas se puede hablar de un deseo oral y por lo tanto de adicción oral pues el acto de fumar se acompaña de conductas orales las cuales también producen su satisfacción. Al fumar intervienen el ego y el super-ego con el control y la demanda por una gratificación inmediata, por lo que a algunas personas no les es fácil dejar de fumar ya que sus deseos de obtener placer se ven contrarrestados por sus deseos de no fumar en grandes cantidades, sin embargo al ser el cigarrillo un medio para obtener un placer oral inmediato los hace inclinarse por esta última gratificación sin pensar en las consecuencias a largo plazo, de esta manera el ego es motivado por el sentimiento de narcisismo a este tipo de adicción se le llama respiratoria. En la adicción respiratoria interviene la triada respiratoria (inhalación-exhalación- visualización), la cual trae principalmente cinco gratificaciones que son las siguientes: a) la delineación del santo interior y de sentimientos de vacuidad, b) el alivio al

miedo de la sofocación, c) la gratificación de un erotismo respiratorio o manejo de placer, d) la introyección respiratoria de un objeto simbólico con poderes mágicos para identificación del misterio y e) la proyección por el camino de la exhalación del humo de las inconscientes fantasías del self (citado por Paz, J., 1980).

En 1992 se realizó un estudio en Edinburgo, Escosia; este fue realizado con los hijos de padres fumadores, participando un total de 734 niños los cuales tenían 7 años de edad y se encontró que los niños que pertenecían a familias en donde existía un mayor número de miembros fumadores tenían en su saliva predictores independientes a la cotinina, es decir que además de esta, habían otras sustancias que se pueden encontrar en el humo del cigarro. Finalmente se puede concluir que el estilo de vida y los patrones de vida personales son los principales factores que determinan la morbi-mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares y tumores malignos (Mosley, 1990 citado en Informe Anual de la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 1992).

Muchos de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como el uso del tabaco, se han generalizado más con la creciente urbanización y los cambios en el estilo de vida.

Aunque la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido preocupándose por el tabaquismo desde los comienzos de los años 70's, las actividades de los programas pertinentes comenzaron a mediados de los 80's. En 1984 la OPS convocó a una reunión en Punta del Este, Uruguay, sobre programas para el control de enfermedades no transmisibles.

En 1988 durante la XXXIII reunión el consejo directivo de la OPS aprobó una resolución titulada "Lucha contra el tabaquismo" que fue respaldada por los miembros de la salud de las Américas; un año después aprobó un Plan de Acción Regional para la Prevención y Control del Tabaquismo.

Sin embargo a pesar de estas acciones se ha encontrado que el tabaquismo sigue siendo el causante del 87 % de las defunciones por cáncer de pulmón, 82% de las enfermedades pulmonares obstructivo-crónicas, 21% de las ocasionadas por cardiopatía

coronaria, y 18% de las causadas por apoplejía en los Estados Unidos. En 1988, el tabaquismo ocasionó 43 4000 muertes prematuras, casi la quinta parte de la mortalidad en EU.

Por otro lado México, desde 1987, ocupa el 4o lugar en número de acres de tabaco cultivados en América Latina después de Brasil, Cuba y Argentina (Chapman , 1990 citado en el IA de la OMS, 1992).

En México se registraron 400079 defunciones en 1986, muchas de estas muertes estaban relacionadas con el tabaquismo. El cáncer de pulmón es la causa más frecuente.

Por tal razón es importante que se aborde este problema desde varios aspectos empezando desde antecedentes históricos, los componentes químicos del humo del cigarro y sus repercusiones en la salud así como los factores psicológicos que intervienen para que se inicie y mantenga la conducta de fumar, estos son algunos de los temas a desarrollar en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

TABAQUISMO.

2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TABAQUISMO.

El uso de una gran cantidad de plantas como medicinas era una costumbre que se practicaba desde tiempos muy remotos, en la América Prehispánica, dentro de estas costumbres se encontraba el uso del tabaco pues se le consideraba como divino, atribuyéndosele virtudes especiales pues se creía que purificaba el espíritu, que refrenaba los apetitos de la carne y disponía el ánimo para las visiones sobrenaturales, además tenía el poder para embriagar y narcotizar; por esto se le utilizaba como medicina (se usaba como agente terapéutico y desinfectante) o para ritos religiosos propios en los que involucraban a los dioses con el tabaco (Clavijero, F. J., 1958). De esto existen muchas evidencias, por ejemplo los aztecas lo consideraban como remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico, y mezclado con otras hierbas se utilizaba para aliviar el asma y el catarro. En la fiesta azteca del Dios Huitzilopochtli se quemaba tabaco, pues la ofrenda era el humo que emanaba de él y no el tabaco como tal, en esta fiesta Moctezuma se encontraba presente en todo su esplendor y después de comer junto con los señores de la clase dirigente y los comerciantes acostumbraba a conciliar el sueño con el humo de esta hierba (Soustelle, J., 1977)

Entre los mayas, el uso del tabaco debió ser muy general, pues en el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés se describe que los dos protagonistas de las pruebas que deben afrontar tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y mantener sus cigarrillos y antorchas de pino encendidos durante toda la noche (Thompson, E. J., 1980).

Para los sacerdotes lacandones de Chiapas el tabaco poseía poderes mágicos y que agradaba a los dioses; por ejemplo, el primer tabaco que cosechaban era ofrecido a sus deidades en forma de cigarrillo y estos eran colocados en la boca del Dios cuya cabeza estaba representada en relieve a un costado del quemador de incienso (Llanos, C.M. 1985).

Entre los mazatecos del Norte de Oaxaca el chamán acostumbraba frotar el antebrazo de una mujer en cinta con tabaco molido y cal, esto un mes antes del parto, para hacer de este

modo invulnerable de la brujería al bebé y a la madre; también se utilizó como talismán en el rito de la pubertad, en el cual el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal (Aragónés, R., 1981).

Así en el consumo de tabaco se usaban diferentes utensilios; por ejemplo, los caciques u hombres principales tenían unos palillos huecos más pequeños que el dedo menor de la mano, estos palillos tenían dos cañones, uno se ponía en la ventana de la nariz y en el otro la hierba que estaba ardiendo o quemándose, estaban bien elaborados y estos hombres tomaban el humo para sí de dos a tres veces o más hasta que quedaban sin sentido por un tiempo considerable. Los indios que no alcanzaban aquellos palitos, tomaban aquél humo con unos calamos de carrizos (Fernández de Oviedo, 1945; citado por Rico y Ruíz, 1990).

En suma, el tabaco estuvo presente en diversos momentos en la vida de los pueblos mesoamericanos. La actitud del noble, del sacerdote y del miembro de la comunidad, en ocasiones estaba inmersa en algo semejante al misticismo, como ocurría cuando personificaban y divinizaban al tabaco, o cuando lo aceptaban en calidad de aliado que peleaba hombro con hombro para ayudar a vencer la fatiga o el dolor, o para alejar muchos de los males que aquejaban a la carne.

El conocimiento y uso del tabaco en el viejo continente se dio a partir del descubrimiento de América, ya que ni la historia ni la ciencia han podido comprobar que el tabaco fuera empleado por los habitantes de Europa en algunas de sus formas, antes que Cristóbal Colón regresara de su primer viaje, pues cuando arribó a la Isla de San Salvador los indios arawaks le ofrecieron unas hojas carmelitosas y secas, en señal de respeto y amistad. Más tarde mientras se encontraba navegando entre las islas, vio a un indio que iba solo en una especie de canoa y que llevaba unas hojas encendidas cuyo humo aspiraba. Por otra parte, los hombres que Colón envió a que exploraran las nuevas tierras regresaron a los pocos días de haber penetrado diez o doce leguas en el territorio y trajeron la noticia de que vieron a los indios aspirar el humo de unas hojas que quemaban. Posiblemente estas son las primeras referencias, en la historia, del uso del tabaco (Colón, 1964; citado por Rico y Ruíz, 1990).

Es muy probable que a Colón y a sus acompañantes les causara asombro ver a los indígenas absorber el humo de esas hojas, hasta entonces desconocidas para ellos, por lo que no carece de fundamento la teoría de que fuera Colón quién llevó a Europa la hoja de tabaco antes del año 1500. De este modo, si Europa colonizó a América, ésta a su vez invadió el viejo continente con un elemento que habría de convertirse en algo muy importante en la vida cotidiana del hombre: *EL TABACO*.

Es posible que el tabaco fuera introducido en España y Portugal a principios del siglo XVI y un poco más tarde en Bélgica, Francia e Inglaterra. En sus inicios, en Europa, la costumbre de fumar estaba limitado a los marineros y hombres de mar que vivían en los puertos y solo cuando el vicio se hubo extendido se pensó en traer las semillas de América, sembrar y cultivar el tabaco. En España desde el primer momento prevaleció la costumbre de fumar puro, y después se popularizó el cigarro; en Portugal, Inglaterra y Francia fue más común la pipa (Rico y Ruíz, 1990).

Hasta fines del siglo XVI, la historia del tabaco no es muy clara, pero a partir de entonces se despertó un gran interés por este, al punto que se comienza a escribir acerca de él. Tal es el caso de una obra publicada en 1619 por Juan de Castro, boticario en la Ciudad de Córdoba, este libro se titula: "Historia de las virtudes y propiedades del tabaco y de los modos de tomarle para las partes intrínsecas y de aplicarle las extrínsecas" (Castro, 1620; citado por Rico y Ruíz, 1990).

La gran popularidad del tabaco en Europa, quizá, se debió a que esta planta tenía la virtud de proporcionar una sensación parecida a la de la embriaguez; sin embargo, durante sus primeros años en este continente se le dio más utilidad como producto medicinal o terapéutico. El primer experimento médico de que se tiene antecedente fue llevado a cabo por un familiar del paje Jean Nicot, el entonces embajador de Francia en la corte de Portugal, esta persona usó las hojas de tabaco para curarse una úlcera que lo había molestado durante mucho tiempo y obtuvo resultados que en su época fueron considerados como milagrosos. Con el conocimiento de este resultado el tabaco y sus propiedades curativas fueron alcanzando poco a poco una gran fama y cuando esta era mayor Nicot envió a la reina madre Catalina de Francia las primeras semillas que supuestamente llegaron a Portugal, para que se curara de

los intensos dolores de cabeza que padecía. Esta planta fue cultivada inmediatamente y su éxito como agente curativo resultó notable, al grado que tanto los botánicos franceses como después los de Bélgica, Alemania, Suiza y España afirmaron que no habría enfermedades que resistieran los maravillosos efectos de la hoja de tabaco; con estas afirmaciones, éste fue usado sin medida ni precauciones de ningún género hasta ser convertido en el gran remedio casero, sin embargo a principios del siglo XVII algunos científicos iniciaron una campaña en la exponían su escepticismo en esta materia, llegando incluso a negar sus virtudes en el campo medicinal (Parry, J. H., 1968).

Mientras que la gloria del tabaco como medicina se desvanecía, ya que fue combatido y hasta aniquilado como agente curativo, pero no fue posible desarraigarlo totalmente, por lo que se daba inicio a una nueva época en donde sería motivo de encontradas polémicas, pues el vicio de fumar cobraba cada vez más fuerza. De esta forma el tabaco fue arrancado de su contexto de ceremonia religiosa y medicinal, conceptualizándose así, como un medio para obtener placer. Como resultado de esto, hacia el año de 1600, el vicio de fumar se extendió por las principales ciudades inglesas e irlandesas, razón por la cual a los ingleses se les considera introductores del hábito de fumar en Turquía, Rusia, Países Escandinavos, Holanda y Alemania (Llanos, 1985)

En Europa se asumieron diferentes formas de consumir el tabaco; en Londres, por ejemplo, se asumieron formas exóticas y amaneradas de esta costumbre, pues los jóvenes ingleses de elevada posición social, en su afán por monopolizar el uso del tabaco llegaron a sostener que era un arte reservado para la elite llegando a tomar clases en las que se les instruía acerca del manejo de la pipa y del tabaco en general; por otro lado el rapé también tuvo un lugar especial entre la realeza sobre todo en Francia ya que los reyes Jorge I y Jorge II se declararon decididos partidarios del rapé, afirmando que el uso de éste era un detalle elegante mientras que fumar constituía una falta de alter ci, de esta manera el rapé se extiende a todo el continente europeo. Estas alter ciones originaron las críticas de los clérigos y moralistas, también se opusieron resueltamente al hábito de fumar todos los que creían que el tabaco era solo una planta medicinal y que por lo tanto resultaba ilógico usarla como instrumento de placer y finalmente provocaron la ira del Rey Jaime I. Sin embargo el desarrollo de la técnica llegó a su punto culminante cuando Sir alter Raleigh se erigió como el máximo propagandista del hábito de fumar (Ecclestone, E., 1941).

Esto último provocó que algunos gobernantes siguieran con la oposición que inició Jaime I, desde Dinamarca hasta Japón. En Turquía, Persia e India, los más terribles castigos eran para quienes se atrevían a desobedecer los edictos reales que prohibían fumar; el Rey de Indostan dictó una ley en donde al fumador se le marcaban los labios. En China también se promulgaron varios decretos que prohibían fumar y en 1638 se ordenó decapitar al que traficará con tabaco y en Rusia se deportó a Siberia a los fumadores.

Sin embargo, a pesar de estas medidas se puede afirmar que para 1650, el tabaco ya estaba muy generalizado así como sus formas de consumo; en Inglaterra, la pipa; en España, el puro y el cigarro; y en Francia, el rapé (Llanos, 1985), y su desarraigo total no fue posible. No obstante la oposición religiosa no decayó sino hasta 1725, año en que Benedicto XIII revocó la prohibición dictada por Inocencio X, en la cual se castigaba con la ex-comunión al que se atreviera a usar el tabaco, en cualquiera de sus formas; con esta revocación el mundo pudo entregarse con mayor libertad al consumo del tabaco (Rico y Ruíz, 1990).

A pesar de la popularidad del rapé en este continente a raíz de la Revolución Francesa, esta languideció y entonces surgió una nueva moda que se impuso gradualmente: el puro, este sustituyó al rapé. La popularidad del puro en España, principalmente, indujo a Peter Wendler a solicitar al Papa el monopolio para la fabricación de "bastones de tabaco" por el término de cinco años a partir de 1779. El puro se introdujo en Hamburgo en 1788, después en 1814 a Inglaterra y en 1848 en Alemania (Rico y Ruíz, 1990).

Además del puro, existía otra forma en que se consumía el tabaco que no había sido muy conocida hasta entonces, este era el cigarro. Después de la Guerra de Crimea en 1856 el cigarro adquirió un auge que sería definitivo; su manufactura en Francia se inició en 1843, pero sólo se elaboraba para consumo doméstico y los escritores de esta época comentaban que entre las damas estaba muy de moda fumar cigarrillos.

Durante la Primera Guerra Mundial se le dio al cigarrillo un impulso final, es decir un éxito rotundo entre hombres y mujeres, al demostrar que era una "verdadera necesidad" del género humano. A partir de entonces, el cigarrillo es probablemente la presentación más común, pues esta es la versión reducida del puro y se presenta cubierto con papel de tal

manera que su apariencia lo hace ver como delicado y fino. El uso del cigarrillo, al principio fue violentamente combatido en Inglaterra, Francia y Estados Unidos, sin embargo no se pudo erradicar ya que el cigarro no era del todo una novedad. Así, el uso del cigarrillo se extendió en Europa a mediados del siglo XIX. Con esto se dio inicio al uso del cigarrillo como algo cotidiano y "normal" en todo el mundo (Llanos, 1968, citado por Rico y Ruiz, 1990).

Para 1880 en la ciudad Norteamericana de Richmond en el estado de Virginia, se instaló la primera máquina para la fabricación de cigarrillos, la cual tenía una capacidad de producción de 500 piezas por minuto, dándose así la primera producción de cigarrillos a gran escala. Tiempo después, en 1890, se creó en Estados Unidos la American Tobacco Company, dirigida por J. B. Duke, esta empresa poseía un fuerte poderío económico por lo que diez y seis años más tarde estableció dos sucursales con el objeto de probar, desarrollar y perfeccionar toda la tecnología para la fabricación y empaque de cigarrillos (Rico y Ruiz, 1990).

Al mismo tiempo y al igual que los Norteamericanos, en Inglaterra se fundó la empresa Imperial Tobacco, la cual se dedicó a perfeccionar la maquinaria para la producción de cigarrillos. Como resultado, las dos empresas cigarreras, la American Tobacco Company (empresa norteamericana) y la Imperial Tobacco (empresa inglesa), se disputaban la primacía en la producción y el mercado de tabaco a nivel mundial (Echeverría P. E., 1988).

En 1902 conforme a los estatutos de la Great Britain and Ireland se crea la British American Tobacco Co.; esta compañía adquirió los negocios de exportación de la American Tobacco Company; la Imperial Tobacco Company; Ogden's LTD; La Continental Tobacco Company; la American Cigar Company; y la Consolidates Tobacco Company; repartiéndose junto con la Philip Morris, R. J. Reinolds, Gulfand Western, el Grupo Rembrandt y la American Brands, las áreas de cultivo y los mercados del mundo, creándose una competencia entre ellas y sentando las bases para los grandes conglomerados tabacaleros transnacionales y los grandes monopolios cigarreros (Echeverría, 1988).

Los grandes monopolios cigarreros, en su interés por controlar el mercado mundial desarrollaron constantemente la tecnología de la industria cigarrera y la publicitaria, orientándose en su actividad expansionista hacia países principalmente dependientes. Gracias

a este desarrollo, a principios de este siglo el tabaquismo ya se había generalizado a nivel mundial, llegando así a los lugares más recónditos del mundo. De esta forma se impuso una nueva moda en el uso del tabaco, el cigarro; provocando con ello que los viejos fumadores cambiarán el puro y la pipa por los cigarrillos, también haciendo que el número de fumadores creciera rápidamente gracias a que grandes cantidades de jóvenes varones se introdujeron en este hábito, deslumbrados por esta moda.

Además de la influencia de esta moda, el consumo de tabaco aumento como consecuencia de la crisis económica de 1929, al mismo tiempo que la industria norteamericana redujo fuertemente la exportación de capital, orientando todos sus recursos a realizar investigaciones y a adelantos técnicos, tendientes a impulsar internamente su industria. Muestra de este impulsó fue la creación de nuevas y más depuradas máquinas Bonsak. Esto y el inicio de la Segunda Guerra Mundial, impulsó al fenómeno tabáquico a un nuevo e importante crecimiento debido a la situación angustiante provocada por los conflictos de la Guerra, que repercutieron en una mayor inestabilidad e inseguridad de la población en general, siendo reforzado este hábito por los grandes consorcios cigarreros, los que con una insaciable sed de ampliar sus mercados han hecho uso de técnicas de publicidad cada vez más sofisticadas, viendo en las mujeres y en los adolescentes un blanco extraordinario hacia los que orientaron, desde la década de los 50's, todo su bombardeo publicitario. De esta forma este hábito que siempre había estado reservado para los hombres pasa a ser, un símbolo de la "liberación femenina", generalizándose su aceptación y práctica entre las mujeres (Echeverría, 1988).

De la misma forma en que incremento el número de adeptos a este hábito, también se observó un incremento en los índices de morbi-mortalidad por cáncer de pulmón, por padecimientos del aparato respiratorio y enfermedades cardiovasculares, llevando a muchos científicos de todo el mundo a investigar la relación entre el tabaco y estas enfermedades, demostrando que en efecto había una fuerte relación entre ellos; de este modo el hábito de fumar se constituyó en uno de los problemas de salud pública de mayor importancia, y fue hasta entonces que se abrieron nuevas líneas de investigación acerca del tabaco y a partir de entonces se iniciaron campañas antitabáquicas en los países industrializados, estas campañas fueron patrocinadas por los propios monopolios cigarreros (esta es la principal dinámica que

caracteriza al capitalismo, por un lado te vende el arco y la flecha y por otro te vende el escudo), todo esto en la medida en que los justifica pero que al mismo tiempo les reditúa ganancias (Colman, 1988).

Ante las campañas antitabáquicas implementadas en los países desarrollados y las restricciones relativas al consumo de tabaco el gran capital tabacalero se orienta a la conquista de nuevos mercados en los países dependientes o subdesarrollados, los cuales presentan condiciones inmejorables para su expansión (Echeverría, 1988).

Al introducirse las transnacionales cigarreras en los países dependientes, crean toda una infraestructura: grandes plantaciones de tabaco, industrias, canales de distribución y principalmente crean todo un mercado para sus productos, gracias al uso indiscriminado e irracional de los medios masivos de comunicación, destinando cuantiosas inversiones a la publicidad, la cual presenta al hábito de fumar como sinónimo de alegría, salud, felicidad, belleza, tranquilidad, paz, status, éxito social, económico, profesional, deportivo, etc., dando como resultado el aumento del tabaquismo en los países dependientes. Con ello los monopolios cigarreros han multiplicado sus ganancias y el precio ha sido que los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades ocasionadas por el tabaco se han elevado en estos países (Aragón, 1981).

Así, la industria tabáquica es la segunda con la más alta intensidad de capitalización en el mundo, superada únicamente por la refinación del petróleo, por lo que es fácil entender porque a partir de los años 70's era la más concentrada de 18 industrias de 10 países latinoamericanos y 5 europeos.

De esta forma, los grandes monopolios cigarreros se constituyen en base a una política económica que gira fundamentalmente en torno a una acumulación de capital de alcance mundial, sus ligas con los recursos financieros, la publicidad comercial, el subsidio cruzado, los sobornos a los gobiernos de los países en los que participan y que en sus estados financieros aparece bajo el concepto de recompensas; valiéndose de esto, no solo han dominado el mercado mundial del tabaco sino que han diversificado compulsivamente sus inversiones hacia otras ramas económicas, gracias a que el tabaco reditúa cuantiosas ganancias (Llanos, 1985).

En la década de los 70's el poderío económico adquirido por la British American Tobacco era tal que poseía 1,119 plantas tabacaleras en 51 países, produciendo más de 300 marcas de cigarrillos, tan es así que: " Esta empresa señala que sus negocios tabacaleros prosperan significativamente en el tercer mundo, en donde la demanda crece a una tasa del 2% por año" (S.A.R.H., 1982 citado por Echeverría 1988). Para el año de 1976, esta empresa, dominaba entre el 75 y el 100% de los mercados de Brasil, El Salvador, China, Kenia, Nicaragua y Sri Lanka, controlando incluso a través de la "Moderna" y " El Águila" el 30% del mercado mexicano.

El capital cigarrero transnacional, vio en México las condiciones idóneas y favorables para su introducción, pues este país poseía: terrenos propicios para el cultivo del tabaco; condiciones sociales, por su amplia población que era susceptible de ser fumadora y a la vez había una gran cantidad de mano de obra disponible y barata; y condiciones políticas que favorecían a las empresas transnacionales. Todo esto hizo posible que orientaran grandes capitales hacia la creación de la industria cigarrera en México, en el cual esta industria no era del todo nueva, pues desde 1869 se había instalado la Real Fabrica de Puros y Cigarros de México con participación de capital francés e inglés, simultáneamente se instalaron fábricas en Puebla, Querétaro, Oaxaca, Orizaba y Guadalajara, todas ellas con capital europeo. Un año más tarde empezaron a establecerse fabricas que elaboraban cigarrillos, en las cuales el proceso se realizaba en forma manual. Durante las últimas dos décadas del siglo pasado aparece una gran cantidad de fabricas de cigarrillos, la mayoría con capital extranjero, fundándose en 1894 la fabrica de cigarrillos "El Buen Tono" de capital francés que instaló máquinas para la elaboración de cigarrillos engargolados. Estas máquinas funcionaban haciendo primero el tubo de papel, que rellenaban después con tabaco, marcando un cambio tanto en la calidad del cigarrillo como en el costo de producción, pues fabricaban 60 cigarrillos por minuto, lo que para la época parecía una inigualable producción. En este mismo año sale al mercado una cajetilla de cigarros con la envoltura interior de papel estaño, a la cual llamaron la "Elegante". Esta empresa francesa, que a la postre sería la más importante y que marcaría el toque característico a la industria cigarrera a nivel nacional, se mantenía como líder en cuanto a la introducción de innovaciones tecnológicas, incluso a nivel mundial (Echeverría, 1988).

El auge observado por la industria cigarrera durante los últimos años del siglo pasado y los primeros del presente, se expresó en un crecimiento acelerado de la producción cigarrera, la cual se elevó en un 53.7% en tan solo 7 años, de 1898 a 1905, y en la proliferación de una gran cantidad de fabricas de cigarrillos existiendo 721 fabricas en 1898 y dos años más tarde 776 fabricas (Aragonés, 1981).

Desde entonces, en México, al igual que en otros países dependientes se extendió vertiginosamente el hábito de fumar volviendo cada vez más difícil desarraigar este hábito, por lo que en este siglo se ha constituido en uno de los factores de más alto riesgo para la salud. Ya en 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que: las enfermedades relacionadas con el tabaquismo aparecerían en los países en desarrollo antes que las enfermedades transmisibles y la mal nutrición hayan sido controladas, lo que provocaría un desnivel cada vez mayor entre los países ricos y pobres" (Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA), Ene-Feb-Mar., 1992).

Dos años más tarde la OMS declaró al tabaquismo como la causa de mortalidad más importante del Brasil, el primer país del Tercer Mundo que mereció "tal distinción". Esto gracias, a que mientras el número de fumadores en Norteamérica disminuye, debido a la buena información y difusión de esta acerca del tabaquismo y sus consecuencias; en Latinoamérica aumenta a una velocidad acelerada y si esto no se detiene es seguro que en la primera década del siglo XXI morirán prematuramente más de un millón de latinoamericanos por cáncer, enfermedades crónicas del pulmón, del corazón y otras enfermedades inducidas por el consumo de tabaco.

En la segunda mitad del siglo XX, en los países desarrollados, comprendieron las terribles verdades acerca del consumo de cigarrillos y las enfermedades que éste ocasiona, y se formó un movimiento internacional para el control del uso del tabaco. Los ciudadanos y funcionarios de salud pública de todo el mundo se unieron con el propósito común de eliminar el flagelo del cigarrillo. Tiempo después, en la Latinoamérica se produjo el nacimiento de una Asociación Especial para el Control del Uso del Tabaco entre líderes médicos, otros defensores de la salud pública y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. En Enero de 1985, en una reunión llevada a cabo en Río de

Janeiro, líderes nacionales conformaron oficialmente el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA) con los siguientes objetivos: (Gelfer, C. y Avila, P. , 1991)

1. Ayudar en la coordinación de los esfuerzos para el control del tabaquismo en toda Latinoamérica.

2. Proporcionar un medio para compartir información vital que apoye las iniciativas nacionales en el control del tabaquismo.

3. Proporcionar un foro para planear estrategias conjuntas.

4. Proporcionar guía y entretenimiento en destrezas para defensa del control del tabaquismo.

5. Adoptar resoluciones que propicien acción por parte de los gobiernos en toda América Latina.

En la actualidad, la mayoría de los países latinoamericanos han tomado medidas de acción para desarrollar Programas Nacionales de Control, a saber:

1. Conduciendo investigaciones científicas sobre las conductas de los fumadores;

2. Formando y manteniendo comités coordinadores nacionales;

3. Desarrollando planes nacionales de acción;

4. Prohibiendo fumar en lugares públicos;

5. Proclamando y cumpliendo "días de no fumar";

6. Presentando y en muchas instancias, aprobando legislación antitabáquica que requiere advertencia en los envases de cigarrillos, en la publicidad y restringiendo la publicidad de cigarrillos en radio y televisión;

7. Presentando testimonios de no fumadores en los medios de comunicación;
8. Incorporando planes de educación sobre el tabaquismo y la salud en las escuelas;
9. Alistando a profesionales de la salud en el activismo antitabáquico;
10. Produciendo y editando el boletín del CLACCTA, una herramienta valiosa de educación e información.

En México como en otros países latinoamericanos se han tomado medidas legislativas para la protección de los no fumadores. La Ley General de Salud, promulgada en 1983, considera un programa del gobierno para combatir la adicción a estupefacientes, incluyendo al tabaco. Dentro de este marco general, en 1986 el gobierno creó el Consejo Nacional Contra las Adicciones presidido por el Secretario de Salud; también se creó el programa contra el tabaquismo, como un esfuerzo colaborativo de la Secretaría de Salud, del Consejo Nacional Contra las Adicciones, el Instituto Nacional Contra las Adicciones y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 1988):

El programa contra el tabaquismo tiene cuatro objetivos:

1. Desarrollar la educación antitabáquica para las escuelas y público en general.
2. Mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para las afecciones relacionadas con el tabaquismo.
3. Consolidar el marco legal para el control del tabaquismo.
4. Mejorar la investigación científica sobre el tabaco y su repercusión en la salud.

Además la Ley General de Salud exigió que en los paquetes de tabaco se mostrara una advertencia que dice: "este producto puede ser nocivo para la salud", también exigió que el tabaco no pudiera ser presentado como un símbolo de buena salud ni estar asociado a valores

sociales positivos. La ley prohíbe la participación de niños o adolescentes en los anuncios de tabaco, también prohíbe dirigirlos a estos grupos como consumidores.

El 5 de Julio de 1990 se expidió el reglamento para la protección de los no fumadores en el Distrito Federal, el cual tiene por objetivo el proteger a las personas no fumadoras de los efectos de la inhalación involuntaria del humo producido por la combustión del tabaco, en cualquiera de sus formas, en los locales cerrados y establecimientos como cines, teatros, auditorios cerrados, centros de salud, salas de espera, oficinas dependientes del Departamento del Distrito Federal en los que se proporcione atención directa al público, tiendas de autoservicio, oficinas bancarias, escuelas de educación inicial hasta media superior, así como los vehículos de transporte público colectivo de pasajeros que circulan en el D.F. A efecto de impulsar la acción de medidas semejantes en las diversas entidades federativas el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud promovió la firma de acuerdos de coordinación y concertación de acciones para establecer las bases y mecanismos de colaboración para que se implementen las medidas necesarias para proteger la salud de los no fumadores, se obtuvieron resultados satisfactorios ya que se suscribieron estos acuerdos en los siguientes estados: Aguascalientes, Colima, Chiapas, Durango, Estado de México, Hidalgo, Guanajuato y Michoacán (CLACCTA, 1992).

Además de estas medidas de acción del gobierno ha surgido, por parte de la comunidad, un movimiento impulsado por la preocupación por un problema de salud como es el tabaquismo. En 1985 se creó el Comité Mexicano para el Estudio y Control del Tabaquismo (COMECTA), este Comité es de carácter no gubernamental. El COMECTA promueve la colaboración intersectorial empleando a cinco personas de tiempo completo en las actividades de control de tabaco y produciendo programas educativos públicos de radio y televisión, con la finalidad de informar los riesgos a la salud que implica el fumar (Rico y Ruíz, 1990).

A pesar de estas campañas antitabáquicas ha resultado difícil desarraigar el hábito de fumar, ya que los cigarrillos contienen componentes químicos que hacen que el sujeto desarrolle dependencia hacia este.

2.2. COMPONENTES QUIMICOS DEL TABACO.

El tabaco pertenece a la familia de las solanáceas (plantas con flores acampanadas y fruto en baya, como la berenjena y el pimiento). Aunque existen alrededor de 65 o más variedades de tabaco, todas son miembros del género "NICOTINA" y las más comúnmente comercializadas incluyen a la "Nicotiana Tabacum" y a la "Nicotiana Rústica". El tabaco es una planta anual que alcanza una altura promedio de 1.50 metros; tiene hojas grandes, enteras o lanceolado-agudas, alternas y oblongas que, según las variedades pueden medir de 15 a 40 centímetros. Las flores reunidas, en cimas terminales y ricas son monopétalas y tienen corola de color rosado o rojo, así como un tubo mucho más largo que el cáliz en lóbulos agudos (Sánchez, S. O., 1968).

En el transcurso de los siglos se han cultivado numerosas variedades de tabaco. Las variedades con la hoja redonda y flor amarilla se resumen generalmente en la especie *Nicotiana Rústica*, en el caso de las especies de flor rosada se resumen en la especie *Nicotiana Tabacum*. El origen de esta última se debió al cruzamiento de dos especies más antiguas: la *Nicotiana Tomentosiformis* y la *Nicotiana Sylvestris* (Rico y Ruiz, 1990).

La *Nicotiana Tabacum* es la que se utiliza, comúnmente, para la elaboración de los cigarrillos; esto ha llamado poderosamente la atención de algunos investigadores hacia los factores bioquímicos de mayor riesgo presentes en el humo del cigarrillo que está formado fundamentalmente por partículas sólidas de 0.4 micrómetros suspendidas en una mezcla de gases orgánicos e inorgánicos en los que se han identificado más de 4,700 compuestos químicos, entre los que se incluyen carbohidratos, ácidos orgánicos no grasos, compuestos que contienen nitrógeno, resinas y otros ingredientes que se encuentran en pequeñas concentraciones. Los carbohidratos y compuestos relacionados son el principal componente de la hoja y presentan alrededor del 50%. Los componentes que contienen nitrógeno, tales como la nicotina y otros alcaloides, representan entre el 0.5% y el 5%; son significativos también terpenos, polifenoles, fitoesteroles, ácidos carboxílicos y en concentraciones bajas los alquenos, hidrocarburos aromáticos, aldehídos, lactonas y aminas. La distribución porcentual de estos compuestos puede cambiar dependiendo de la variedad del tabaco (Smuck, A. A., 1961).

Así pues, al tabaco incandescente se le ha descrito como una fábrica química en miniatura, debido a que el tabaco procesado sin pitorizar tiene alrededor de 2500 sustancias químicas conocidas, pero además la hoja del tabaco absorbe los fertilizantes, pesticidas y otros agentes químicos utilizados en la agricultura. Según Rico y Ruiz (1990) alrededor del 15% de estos productos son incorporados a la planta del tabaco y transferidos a la corriente central del humo durante el proceso de fumar; y agrega que cuando se aspira un cigarrillo en el cono incandescente alcanza virtualmente temperaturas de 800 a 900 grados centígrados, con lo que se lleva a cabo la pitorización, y las temperaturas más bajas alcanzan de 500 a 600 grados centígrados.

Como se ha dicho al arder el tabaco se forman aproximadamente 4700 compuestos. Por su parte el humo tiene dos fases: Una gaseosa y otra sólida o particulada. La composición del humo que aspira el fumador depende no solo de la estructura del tabaco mismo, 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 cual se quema.

En la fase gaseosa hay infinidad de elementos, entre los que destacan los siguientes (Rico y Ruiz, 1990):

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

En la fase gaseosa se encuentran presentes nicotina, agua y alquitrán; este último, que es lo que queda después de remover la humedad y la nicotina, consiste principalmente en hidrocarburos aromáticos policíclicos, algunos de los cuales son carcinógenos. Entre ellos

figuran nitrosaminas no volátiles y aminas aromáticas e hidrocarburos policíclicos como el benzopireno que es un carcinógeno muy potente. El alquitrán contiene muchos elementos que incluyen iones metálicos y varios compuestos radioactivos (polonio).

Los componentes que más pueden contribuir para los daños a la salud que entraña el fumar son el monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán; otros probables contribuyentes a estos daños son la acroleína, el ácido cidorocianico, óxico nítrico, el bióxico de nitrógeno, los cresoles y afenoles, en las sospechas de riesgo se incluyen butilamina, dimetilamina, DDT, endrina y forfural, entre otros (Hoffman y Wynder, 1986).

Por otra parte, el monóxido y el bióxido de carbono son producto de la oxidación del tabaco en las zonas de alta temperatura del cono incandescente y por descarboxilación en la zona de baja temperatura. A medida de que se consume el cigarrillo estos gases incrementan progresivamente. Alrededor de 10 a 20 miligramos de monóxido de carbono se produce por cigarrillo. La hemoglobina tiene afinidad por éste y se combina con él en una proporción que varía entre el 5% y el 16%, formando carboxihemoglobina que indica toxicidad en la sangre y poco oxígeno en la misma (Rico y Ruíz, 1990).

En la fase particulada se observa que las partículas son física y químicamente inestables y su tamaño dependerá de aglomeración individual en el aerosol. Rico y Ruíz (1990) reportan que la Comisión Federal de Comercio de Estados Unidos, ha identificado 4000 componentes en la fase particulada; una de las sustancias es la nicotina y otro es el alquitrán, estos compuestos tienen un gran potencial como iniciadores tumorales, carcinógenos completos y cocarcinógenos.

La nicotina es el componente principal que contiene el tabaco y la responsable de la dependencia que se desarrolla al mismo. Es un alcaloide natural y líquido, es una base volátil, incolora que se hace parda y toma el olor al tabaco al ponerse en contacto con el aire; además es soluble en agua, y su contenido puede variar de 1.2% a 2.3%, pero en general es de 1% a 2% en los tabacos para fumar. Está presente de forma iónica en casi todos los tabacos para cigarrillos; debido a un PH más alcalino existe en la forma no protonada, de más fácil absorción en los cigarrillos y en los tabacos para pipa. La cantidad de nicotina que se absorbe al fumar es de alrededor de un miligramo con un rango de 0.5 a 1.5 miligramos (Rico y Ruíz, 1990).

La nicotina se absorbe fluidamente por el tracto respiratorio, las mucosas bucales y la piel. Como es una base fuerte, su absorción en el estómago es mínima a menos que aumente el PH intragástrico. La absorción intestinal es más eficiente. Aproximadamente del 80% al 90% de la nicotina se metaboliza en el hígado, con pequeñas fracciones en pulmón y en riñones; sus principales metabolitos son la nicotina y la nicotina N-óxido. En los músculos y en la grasa tiene poca afinidad; la nicotina cruza la placenta y se encuentra también en el líquido amniótico, en saliva, secreciones mucosas, en la orina, así como en el pelo y en regulares concentraciones en la leche materna. Su eliminación es por vía urinaria y su vida media, posterior a su inhalación o administración parental es de 30 a 60 minutos, y la velocidad de excreción depende del PH urinario (Llanos, 1985).

La nicotina actúa sobre una amplia gama de efectores con resultados tanto estimulantes como depresores. Cuando se absorbe en forma de tabaco o en algunos pesticidas en forma rápida, puede producir efectos tóxicos más graves. La exposición directa de la nicotina líquida concentrada en la piel puede producir hasta la muerte por parálisis de los músculos respiratorios. La dosis letal de nicotina es de 40 a 50 mgs. (Fielding, J. E., 1985).

2.3. DEPENDENCIA AL TABACO.

Como cualquier otra conducta adictiva, el tabaquismo implica motivos de inicio y mantenimiento, desarrollando también dos tipos de dependencia: *dependencia física* y *dependencia psicológica*.

Fumar es una conducta que por lo general se inicia en la adolescencia, etapa en la que se dan cambios tanto cognitivos como físicos, a los cuales tienen que enfrentarse los jóvenes; por otro lado también experimentan cambios en las demandas sociales, en el trato de las personas hacia ellos y el medio ambiente en general. Además los adolescentes buscan consolidar una identidad propia dirigiendo así su energía hacia la conquista de nuevos logros y vínculos, así como a conocer y probar cosas que antes no habían tenido a su alcance u oportunidad de conocer; esto es lo que con gran habilidad explotan las compañías tabacaleras

para vender sus productos y engrosar las filas de fumadores. Para que esto sea posible deben existir motivos de inicio y mantenimiento para llevarlos hacia una dependencia al cigarrillo y por lo tanto a consumirlo cada vez en cantidades mayores (Rico y Ruíz, 1990).

El INER en 1988 clasifica los motivos que conducen al inicio del hábito de fumar en cinco grupos, estos motivos pueden estar presentes uno en cada persona o bien puede haber más de uno de ellos, y son los siguientes:

A) CURIOSIDAD. La mayoría de los niños o adolescentes empiezan a fumar con el propósito de investigar que es lo que "sienten" personas adultas cuando lo hacen, estas personas pueden ser sus padres, hermanos mayores, amigos o compañeros; quieren, también, saber a qué "sabe" el cigarro y qué sensación produce. Muchas veces, a pesar de que les provoca malestar físico continúan fumando por las gratificaciones de orden psicosocial que obtienen una vez que se han iniciado en este hábito.

B) IMITACIÓN. Uno de los aspectos más importantes del aprendizaje en la conducta de fumar es la imitación, pues los padres, maestros, hermanos mayores y algunas figuras públicas son muchas veces modelos a seguir por parte del niño o del adolescente y estos adoptan conductas similares. Esto se puede observar con más claridad en los hijos de padres fumadores.

C) NECESIDAD DE ACEPTACIÓN. Los humanos son seres sociales que se desarrollan, desde que nacen hasta que mueren, dentro de un grupo, primero en la familia y después en la escuela, con los amigos, etc.; estos grupos tienen sus propias reglas que siguen sus miembros y si hay alguno que no cumpla con estas reglas es rechazado por los demás. Por eso cuando un joven pertenece a un grupo en el que la mayoría de los miembros fuma, existe mayor probabilidad de que comience a fumar para sentirse parte del grupo y ser plenamente aceptado.

D) REBELDIA. En la adolescencia, la rebeldía es un mecanismo característico de esta etapa y muchas veces algunos jóvenes utilizan el cigarro para demostrar su inconformidad ante ciertas reglas sociales y familiares y por este medio ser reconocidos y tomados en cuenta.

E) NECESIDAD DE ANTICIPACION A LA MADUREZ. La conducta de fumar produce en algunos jóvenes un sentimiento de pertenencia al mundo de los adultos. Esta actitud es explotada por los medios de comunicación masiva y especialmente por los medios publicitarios que presentan al fumador como una persona adulta, madura, audaz, con gran atractivo sexual, con dinero y éxito; como consecuencia los adolescentes comienzan a fumar para que se les identifique con estas cualidades y dejen de tratarlos como a unos "niños".

F) DISPONIBILIDAD. Es más probable que los jóvenes comiencen a fumar si el acceso a los cigarrillos es fácil, lo que se ve favorecido cuando en el hogar, en el trabajo o en la escuela hay personas que fuman. Por otro lado, los cigarrillos se venden en casi todos los comercios y fumar es un hábito que se acepta socialmente, viéndose incluso como algo "normal".

Sin embargo, muchas veces se cuestiona ¿por qué hay personas que una vez que se han iniciado en el hábito de fumar continúan con éste y por qué hay otras que lo abandonan poco tiempo después de haber comenzado a fumar?. La respuesta, probablemente, es que así como hay motivos de inicio en esta conducta hay motivos que influyen para que ciertas personas se mantengan fumando. A continuación se enumeran los motivos que según Russell (1974) mantienen al fumador como tal:

A) MOTIVO PSICOSOCIAL. Se refiere a que el fumador se ve inducido a fumar por presentarse en una situación social o por considerar al cigarrillo como un acompañante, un "ser social" que le hace más tolerable la soledad. De esta forma las reuniones sociales, los juegos de azar, las fiestas, reuniones de trabajo o cualquier situación grupal lo invitan a que fume y siente que no puede dejar de hacerlo, pues lo siente como algo necesario para poder convivir en grupo.

B) ESTIMULO. En este, el individuo usa el cigarrillo para escapar de situaciones monótonas o rutinarias y poder seguir realizándolas requiriendo del efecto estimulante de la nicotina.

C) MANIPULACIÓN. Este se refiere a que el fumar se convierte en un ritual sensoriomotor placentero, ya que el cigarrillo estimula los sentidos. Así, al fumador le agrada jugar con la cajetilla y con el cigarrillo, esto es que lo golpea, lo destruye, lo huele, estruja el

celofán de la cajetilla, hace círculos de humo, manipula el cigarrillo entre sus manos, etc.

D) ESPARCIMIENTO. El individuo se abandona al placer de fumar y no realiza ninguna otra actividad; por eso relaciona al cigarro con un premio que se obtiene a lo que ya se ha terminado o bien como el aliento para continuar.

E) REDUCCIÓN DE TENSIÓN. El fumador aprovecha el efecto relajante de la nicotina y lo "potencializa" emocionalmente con la idea de que es un excelente "pañito de lágrimas" o "canalizador de ansiedades". Por esta razón, el fumador, ante situaciones estresantes fumará más, con mayor fuerza y profundidad. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológica y la frecuencia en el fumar variará de acuerdo al estado emocional.

F) NECESIDAD. Este se refiere al aspecto biológico, es decir, de la dependencia física o de adicción al tabaco. El sujeto experimenta los efectos de la supresión sino logra fumar en un lapso de tiempo de 20 a 30 minutos, estos efectos se manifiestan por medio del Síndrome de Abstinencia de la nicotina (ansiedad, irritabilidad, sudoración, insomnio, etc.), y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa solo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre, esto también se observa, por ejemplo, cuando el fumador aún enfermo no puede dejar de fumar. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive, displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones que el individuo así lo desea.

G) HABITO. Este más que un motivo es lo que engloba toda la conducta repetitiva de fumar. Así, esta se hace automática, se fuma por inercia, pues el sujeto prende más de un cigarrillo a la vez o no recuerda donde dejó el otro encendido. En su aspecto más elemental un hábito funciona como una máquina, es relativamente estable y esta fumando por una serie de reflejos condicionados que se encadenan entre sí.

Estos motivos tanto de inicio como de mantenimiento, en un inicio solo producen recompensas psicosociales y prácticamente no existe la conciencia de los efectos de la nicotina, el fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales. Sin embargo,

paulatinamente, se va dando una evolución hacia otro tipo de recompensa, primero sensoriales y más tarde farmacológicas, lo que hace de los fumadores, adictos a la nicotina.

En la actualidad el uso del tabaco esta reconocido como una farmacodependencia, ya que la hoja de este tiene una sustancia que lo hace un agente adictivo. Este alcaloide (sustancia orgánica que se emplea por su acción terapéutica) natural crea una fuerte adicción y tolerancia al igual que otras drogas; esto es, que cuando una persona empieza a fumar aún no es una adicción para él, pero poco a poco la va desarrollando; por otra parte la tolerancia se refiere a que al principio con una pequeña dosis de nicotina se obtienen ciertos efectos, que con el tiempo solo se obtendrán con una dosis mayor que la inicial, ya que el Sistema Nervioso y el resto del organismo se acostumbra a recibir esta sustancia para su funcionamiento. Algunas particularidades de la nicotina, como sustancia adictiva son las siguientes: su efecto es muy rápido, pues llega al cerebro 7 segundos después de la primera inhalación del cigarro; es vasoconstrictora y tiene una doble función, sirve como relajante y como estimulante (dependiendo la dosis consumida: a pequeñas cantidades estimula y a grandes cantidades relaja), esta función bifásica es muy atrayente porque brinda dos "servicios" opuestos y complementarios, según lo requiera el fumador, el estado de ánimo, la actividad que esta realizando o la situación en que se encuentra (Rico y Ruíz, 1990).

De esta forma, la nicotina, desarrolla en el sujeto que fuma dos tipos de dependencia: la dependencia física y la dependencia psicológica. Ambas corren paralelas y sin embargo se ha visto que la más difícil de eliminar es la dependencia psicológica, ya que esta se alimenta de la física y del medio ambiente que tanto se esfuerza porque así sea (INER, 1988).

La dependencia psicológica se instaura gracias a las propiedades de la nicotina por un lado, y por el otro, a las características personales de cada una de las personas que se inician como fumadores.

Es en este tipo de dependencia cuando el fumador otorga un simbolo al cigarro, o bien un "poder mágico", es decir que para ellos el cigarro representa su seguridad, su éxito, su intelectualidad, su madurez y tiene, además, el poder de proporcionarles una estimulación o una sensación de tranquilidad.

Otra característica que influye en la persistencia del hábito, es su constancia lo cual es muy importante, ya que la capacidad de aprendizaje aumenta proporcionalmente cuando la gratificación sigue de cerca a la conducta de fumar. En este caso, la gratificación se obtiene inmediatamente con cada inhalación y los efectos negativos son muy lejanos y no se observan a corto plazo, por lo tanto es difícil que tengan influencia sobre el hábito, para motivar al abandono del mismo (Mothner y Weitz, 1986).

Por otro lado, esta la dependencia física, este tipo se refiere a que el organismo se acostumbra a funcionar con las sustancias químicas que se encuentran en el cigarro y cuando la ingesta de este se abandona, la falta de estas sustancias químicas provoca una serie de molestias físicas, esto es a lo que se le llama Síndrome de Abstinencia.

Las personas que fuman más de 20 cigarrillos al día son las que generalmente fuman por adicción, aunque hay que tomar en cuenta el tipo de cigarro y la forma de fumar (Martínez, 1995).

De acuerdo a los resultados de diversos estudios, existe una dosis óptima de nicotina para cada fumador, se rechaza el exceso y se demanda una mayor dosis cuando es menor de la requerida para ese fumador en particular (Coleman, 1988).

De esta manera los cigarros que se anuncian con "menos nicotina y alquitrán" no funcionan para reducir el daño que provoca el cigarro, ya que el individuo fuma más para completar su dosis de nicotina.

De este modo, el tabaquismo pasa a ser, de una conducta aceptada y reconocida socialmente a una conducta adictiva y nociva para la salud, constituyéndose así en uno de los problemas más graves de salud pública y siendo uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad.

2.4. EL TABAQUISMO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD.

Al encontrarse que el incremento en los índices de morbilidad y mortalidad por cáncer de pulmón por padecimientos del aparato respiratorio y enfermedades cardiovasculares, coincidía con el aumento en el consumo de tabaco, muchos científicos de todo el mundo empezaron a investigar sus propiedades. Ya en 1928, algunos investigadores habían aislado su principio activo: La nicotina, descubriendo que era una sustancia particularmente tóxica; tiempo después, en 1959 un médico francés llamado Bovisson investigó acerca de los efectos del cigarro en el organismo, reportando por primera vez que se obtenían efectos negativos en la salud (Hayashi, M., 1988).

Desde hace 40 años, aproximadamente, quedó demostrada la relación existente entre fumar y el cáncer de pulmón, gracias a los estudios realizados por Wynder y Graham en los años 50's y Bradford Hill en 1952, con lo cual el tabaquismo se constituyó como uno de los problemas de salud pública de mayor importancia (Aragónés, 1981).

A partir de 1964 se realizó el primer informe del Cirujano General en Estados Unidos, sobre los daños provocados en la salud por el uso del tabaco, de este modo se emprendieron campañas para abatir esta adicción. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el tabaquismo es el responsable de 3 millones de muertes al año; además de otros trastornos que ocasiona en el ser humano, entre las que destacan diversas enfermedades provocadas por este; también hay repercusiones de tipo social como son el ausentismo laboral y el escolar, así como la disminución de ingresos familiares por el consumo del tabaco o por el tratamiento a enfermedades causadas por este (CLACCTA, 1992).

Con el tiempo se han ido acumulando pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre el tabaquismo y la morbi-mortalidad. La relación de la mortalidad, según el Programa Nacional Contra el Tabaquismo, en 1992, para adultos fumadores contra adultos no fumadores es de 1.7%. La relación de mortalidad en fumadores aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración del tabaquismo. Las relaciones de mortalidad son también mayores para quienes empiezan a fumar a edades

más tempranas. Además de influir en la mortalidad, el tabaquismo es causante de una mayor morbilidad. En la población en general se reportan, cada vez más, afecciones crónicas; se han determinado algunos factores que modifican la morbilidad y la mortalidad por el tabaquismo y son los siguientes: (Tapia, R., 1986)

- A) Número de cigarrillos al día
- B) Edad al iniciar el hábito
- C) Duración del hábito
- D) Tipo de tabaco y de cigarro
- E) Fumar pipa o puro
- F) Dejar el cigarrillo en la boca entre fumadas
- G) Fumar el cigarrillo hasta el final
- H) Suspensión del hábito

La primera enfermedad en asociarse con el tabaquismo fue el cáncer pulmonar, pero hoy se sabe que el uso del tabaco tiene una relación directa con la incidencia de un sinnúmero de enfermedades que afectan todos los órganos del cuerpo humano.

A continuación se expondrán algunas de las enfermedades relacionadas con el uso del tabaco:

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros. Además, es necesario tener en cuenta la susceptibilidad de cada individuo respecto de estos cambios. Las enfermedades más comunes en la cavidad bucal provocadas por el tabaco son: pigmentación dentaria, gingivitis y periodontitis, lengua pilosa, leucoplasia, estomatitis nicotínica y cáncer bucal (Bhaskar, S. N., 1979).

a) *Pigmentación dentaria*. Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde un amarillo oscuro hasta negro, según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad e higiene oral de quien tiene estos hábitos. (Shafer, Hine y Levy 1977).

b) *Gingivitis y periodontitis*. De acuerdo a Rodríguez (1972) las desviaciones de la normalidad en los tejidos parodontales reciben actualmente el nombre genérico de enfermedad parodontal. Las entidades patológicas parodontales se clasifican en inflamatorias y distróficas; entre las primeras se cuentan la gingivitis y periodontitis. La gingivitis se caracteriza por una inflamación de la encía y la periodontitis por la destrucción ósea del proceso alveolar, la cual es irreversible.

c) *Lengua pilosa*. La lengua pilosa, también llamada lengua vellosa negra o lengua peluda, es una afección poco común.

Kanhler sugiere que la lengua pilosa se debe al uso de agentes óxidantes y al tabaco; por su parte, Shafer menciona que la lesión se observa con frecuencia en fumadores empedernidos, aunque la prevalencia del hábito puede tornar discutible su importancia (Rico y Ruíz, 1990).

d) *Leucoplasia*. Según la Organización Mundial de la Salud, la leucoplasia "es una mancha blanca de la mucosa bucal que no se elimina por simple raspado o denudación y no puede ser clasificada clínica o microscópicamente como una entidad específica". El tabaco es un elemento muy importante en la producción de leucoplasia y esto se debe a que muchos de sus componentes químicos y sus productos terminales de combustión, como los alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal, al igual que el calor generado durante la combustión y las sustancias extraídas del tabaco cuando se mastica (Banoczy, J., 1977).

e) *Estomatitis nicotínica*. La estomatitis nicotínica, también denominada "paladar de fumador", "leucoqueratosis del paladar", "leucoqueratosis nicotínica del paladar" o "palatitis nicotínica", es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y en el blando; tiene características clínicas muy específicas y se presenta en los grandes fumadores.

Esta enfermedad esta asociada con todas las formas de fumar, pero se observa principalmente en los fumadores de pipa y en los individuos que fuman el cigarro invertido. Estos cambios que se producen en la mucosa bucal están vinculados con la combustión del tabaco, de ahí que los factores químicos y térmicos sean los responsables de la lesión (Ramulu, C., 1973).

f) *Cáncer bucal*. El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Su etiología es desconocida, pero existen ciertos factores que directa o indirectamente participan en la aparición de la enfermedad, tales como: tabaco, alcohol, cirrosis epática, sífilis, deficiencias nutricionales, factores dentales, exposición prolongada a la luz solar (en el labio), riesgos industriales y nivel socioeconómico. Wynder y Stellman en 1977 demostraron una significativa relación del tipo dosis-respuesta en el acto de fumar puro pipa, lo que aumentaba el riesgo de padecer cáncer bucal, en comparación al individuo que consume cigarrillos (Rico y Ruíz, 1990).

Por su parte, Graham en 1977, informaron que los pacientes que fumaban de manera importante (más de un paquete de cigarrillos, más de cinco puros o pipas por día) corren un riesgo 6 veces mayor de adquirir cáncer bucal que los que nunca han fumado. En esta misma línea Wynder en 1969; Moore, 1971 y Silverman y Griffith en 1972, estudiaron el riesgo de que en estos pacientes se implante un segundo cáncer y descubrieron que esta posibilidad se incrementa en pacientes que continúan fumando (Rico y Ruíz, 1990).

Otro aparato afectado por el consumo del tabaco, es el digestivo:

a) *Esófago*. El tabaco reduce considerablemente la presión del esfínter esofágico interior; por otro lado, Stanciu demostró que el tabaco no solo disminuye la presión en el esfínter, sino que también intensifica los episodios de reflujo.

El tabaco prolonga el contacto del contenido gastroduodenal refluído con la mucosa del esófago, y de este modo interfiere con los mecanismos de depuración esofágica (Rico y Ruíz, 1990).

b) *Úlcera péptica*. El hábito del tabaco es más frecuente en los pacientes con úlcera péptica que en sujetos que no la padecen.

La inhalación crónica de tabaco o la administración de nicotina aumenta la secreción ácida del estómago, también es posible que el tabaquismo disminuya el PH intraduodenal al inhibir las secreciones pancreatobiliares necesarias para neutralizar el ácido que llega al duodeno (De Castella, H., 1982).

c) *Intestinos delgado y grueso.* La administración de nicotina produce relajación del músculo circular y longitudinal del intestino delgado y colon descendente. Y puesto que la disminución en la actividad contráctil del colon distal favorece el traslado de la materia fecal a través del órgano, es probable que esto explique el estímulo a la defecación que se produce al fumar. La colitis ulcerosa crónica inespecífica representa una de las raras enfermedades que podrían ser favorecidas por el consumo del tabaco (Jick y Walker, 1983).

d) *Páncreas.* El tabaquismo se ha asociado con cáncer del páncreas. Estudios epidemiológicos muestran una frecuencia cercana al doble de carcinoma de páncreas en sujetos fumadores de 40 cigarrillos al día, en comparación con los no fumadores y un incremento del doble o triple en la frecuencia de dicha neoplasia (Brooks, J. R., 1983).

Por otra parte, el aparato más afectado por el consumo de tabaco es el respiratorio el cual se puede dividir en vías respiratorias altas e bajas.

a) *Epitelio respiratorio.* La lesión que se produce en el epitelio ciliar que recubre desde la nariz hasta los bronquiolos terminales se debe a que muchos de los contaminantes del humo del cigarro son solubles. Las concentraciones más elevadas de estos tóxicos se observan en el moco que recubre al epitelio (Duran, T. J., 1977).

Este daño a la mucosa obstaculiza el aclaramiento mucociliar de las defensas de primera línea de las vías aéreas, lo cual permite que los microorganismos permanezcan en ella durante el tiempo suficiente como para sabotear el propio sistema mucociliar mediante la elaboración y liberación de factores que exponen y desorganizan la vibración ciliar y, finalmente, destruyen el epitelio ciliar.

b) *Alteraciones de la fonación.* Los efectos que se producen en la voz por fumar cigarrillos son más notorios en las mujeres que en los hombres. En ambos, el humo de tabaco irrita los delicados tejidos de la laringe. Si la irritación provocada por el humo del tabaco es continua, en las cuerdas bucales se desarrolla un exceso de tejido fibroso que convierte a la disfonía en permanente (Rico y Ruíz, 1990).

Las alteraciones en las vías respiratorias bajas, son las que hasta el momento han despertado mayor interés entre los investigadores. Su importancia inicial radica en el hecho que en el tabaquismo la vía de entrada esta constituida precisamente por las vías aéreas, donde se inicia su metabolismo así como la dispersión de sus metabolitos.

a) *En las Enfermedades pulmonar obstructiva-crónica, se incluyen:* La bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el asma se agrupan genéricamente en el rubro de enfermedad obstructivo-crónica; su importancia reside en que la frecuencia del padecimiento aumenta aceleradamente en nuestro medio debido al exagerado hábito de fumar, a la enorme cantidad y variedad de contaminantes atmosféricos y al abuso de los antibióticos (Rosen, R. L., 1986).

El término bronquitis crónica, en forma literal se refiere a la inflamación crónica de los bronquios de vías aéreas o de aquellas próximas a los conductos que contienen cartilago que se diagnostica por la presencia de tos productiva crónica, sin otra causa como infección, neoplasia o enfermedad cardiaca (Cruz Mérida y Torres , 1987).

El enfisema es la dilatación patológica y permanente de los alvéolos pulmonares, pequeñas cavidades de paredes delgadas que se encuentran a modo de racimos en los extremos de las ramificaciones de los bronquios, rodeados de vasos capilares. Los pulmones contienen millones de alvéolos, que, en caso de enfisema, pierden su elasticidad, se dilatan, con rotura de sus paredes, y se atrofian, reduciéndose así su capacidad funcional, por lo que los fenómenos gaseosos de la respiración son defectuosos.

El asma se caracteriza por un aumento en la respuesta del pari traqueobronquial a diversos estímulos, incluyendo el tabaquismo, y se manifiesta por estrechamiento difuso y reversible de las vías respiratorias (Rico y Ruiz, 1990).

b) *paric pulmonar.* parición e se dispone de pruebas experimentales clínicas y prospectivas que demuestran parición emente el poder oncogénico del consumo de cigarrillos. Además de la conocida relación entre el hábito de fumar y la parición de carnoma bronquial tipo epidermoide, existen pruebas de una relación directa entre parición de neoplasias broncopulmonares, número de cigarrillos consumidos y duración del hábito de fumar (Benítez, B.L., 1984).

Otro órgano importante que se ve afectado es el corazón. Ya en los años 40's se empieza a conocer la relación que el tabaquismo guarda con las enfermedades cardiovasculares. Desde entonces, en el mundo científico se han realizado innumerables investigaciones para encontrar los componentes específicos que se vinculan con el desarrollo de las enfermedades del corazón. El tabaco contiene varios miles de sustancias que son biológicamente activas, pero hasta el momento no se han encontrado los componentes específicos que generan la enfermedad cardiovascular (Rico y Ruíz, 1990).

Los principales factores de riesgo cardiovascular - la hipertensión arterial sistémica, la hiperlipidemia y el tabaquismo - son importantes contribuyentes en el incremento de la cardiopatía isquémica, el accidente vascular cerebral y la enfermedad vascular periférica.

El tabaco produce disminución de la contractilidad y de la función ventricular izquierda en los pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca y promueve arteriosclerosis temprana, al incrementar en el plasma los ácidos grasos libres y disminuir el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (Espinosa y Badui, 1986).

En la actualidad, el tabaquismo en la mujer constituye un grave problema no solo porque este hábito tiende a incrementar, sino también por sus repercusiones en la fertilidad y en la gestación.

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 tanto en la madre como en el niño.

Según Carroso y Estrada (1990) otros sistemas que se ven afectados por el hábito tabáquico son:

En el Sistema Nervioso se observan las siguientes alteraciones: efectos endocrinos, enfermedades vasculares cerebrales, síndrome de ambliopia y enfermedad de Parkinson.

En el riñón hay alteraciones en la hormona antidiurética y hay excreción anormal de agua.

En el sistema genitourinario puede presentarse tumor en la pelvis renal, tumor de uréter, tumores de vejiga y probable infertilidad.

En lo que respecta al sistema vascular periférico se pueden presentar tromboangeitis obliterante y el fenómeno de Raynaud.

Finalmente, el tabaquismo afecta de forma directa el peso corporal del fumador, es decir que el peso disminuye en comparación con los no fumadores, se sabe que los sujetos que abandonan el hábito tabáquico están más propensos a subir de peso. Una explicación obvia sería que el cigarrillo altera el sentido del gusto y, por lo tanto, reduce el apetito y la ingesta de comida; además el cigarrillo acelera el proceso digestivo. Así el tabaquismo es el causante, al menos parcialmente, de síntomas o padecimientos gastrointestinales que contribuyen a la morbi-mortalidad que produce dicho hábito, sobre todo en lo que respecta al área de las enfermedades ácido-pépticas (Rico y Ruíz, 1990).

CAPITULO III

TEORIAS Y METODOS QUE HAN ESTUDIADO LAS ADICCIONES Y EL HABITO DE FUMAR.

Dentro de la Psicología, las diferentes teorías han hecho un esfuerzo por explicar las conductas adictivas desde su particular punto de vista, algunas de las teorías más importantes son el psicoanálisis, conductual, cognitivo conductual, humanista y el modelo de psicología de la salud

La primera de las teorías psicológicas que se han interesado por el estudio de las adicciones es el psicoanálisis, pues Freud explicaba que la raíz de las adicciones se remitía a la fase oral del desarrollo, también observó que existía una relación entre la adicción y la masturbación infantil. Aunque Freud nunca escribió ningún ensayo sobre el alcoholismo o la drogadicción, en 1897 sugiere que la masturbación es la primera adicción y que las otras tales como el alcohol, la morfina, el tabaco, etc., solo se incluyen en la vida como sustituto de ella (Martínez, 1995).

Otros autores psicoanalistas han profundizado más en el tema de las adicciones. Julius Burger realizó, por su parte, varias contribuciones a la psicología del alcoholismo, pues en 1912 destaca la importancia de los impulsos homosexuales inconscientes en la dipsomanía, combinada con una tendencia al autoerotismo y a la masturbación. Por su parte Abraham en su artículo (1916) "La primera etapa pregenital de la libido", destaca la importancia del deseo oral insaciable, en todas las adicciones; pues observó que los pacientes que sufrían de alimentación compulsiva y excesiva no eran satisfechos y que sufrían una tortura similar a la de los "morfínomanos" y a la de muchos "dipsómanos". En este mismo artículo examina la adicción a los medicamentos y dice que el neurótico deprimido o excitado es a menudo favorablemente influido, aunque sea en forma pasajera, por el solo hecho de ingerir medicamentos aunque no posean una acción sedante. Abraham destacó solo el factor oral de las adicciones sin vincularlas a los estados maniaco-depresivos (Rosenfeld, 1988).

Pierce Clark en 1919, hizo sus estudios con pacientes alcohólicos, con los que realizó regresiones profundas y encontró que estos presentaban identificaciones primitivas con la madre y que además poseían un intenso amor por sí mismos (narcisismo) (Dogana, 1980).

Por su parte, Kielholz aportó conocimientos acerca del alcoholismo y de la psicosis alcohólica. Pues consideró al alcoholismo como una neurosis narcisista que se relacionaba con la psicosis maniaco-depresiva. También expuso que había una obvia regresión al narcisismo, la cual se manifestaba en la vanidad, en el egoísmo y en el aumento de la autoestima del alcohólico (Rosenfeld, 1988).

Radó, es otro autor que hizo grandes contribuciones acerca del problema de la drogadicción; en 1926 destacó la predisposición a la adicción sugiriendo que "algunas manifestaciones del erotismo oral están siempre presentes en forma marcada, incluyendo aquellos casos de toxicomanía en los que la droga no es ingerida por vía oral". Piensa que el "orgasmo alimenticio" experimentado primeramente por el lactante en el pecho es nuevamente vivenciado en la adicción a las drogas, y la excitación sexual pertenece a las fantasías de la situación edípica. También piensa que "El factor decisivo es, por lo tanto, la personalidad premórbida; los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado en específico" (citado por Lasky, 1988). En 1933, llama la atención sobre la semejanza que existe entre la manía y la melancolía con la intoxicación y sus efectos depresores; según Radó, el farmacodependiente obtiene con la droga un aumento en su autoestima, una elevación de su estado de ánimo, es decir que logra que desaparezca la enorme distancia que existía entre su actual desvalimiento y su yo ideal con el cual se compara. La aparición de la droga en estas circunstancias es realmente mágica, inapreciable, pero esclavizante, pues pasado el efecto de la droga, la depresión inicial reaparece y además exacerbada; a este estado lo llama depresión farmacogénica. Además, enfatizó la dificultad de predecir la reacción que una persona pudiera tener ante cualquier droga. Examinó los efectos de los analgésicos, sedantes y drogas hipnóticas a raíz del concepto de Freud que los consideraba como barrera o escudo protector a los estímulos, Freud consideraba que esta barrera era operativa solo contra estímulos externos e impotente para defender al yo contra las excitaciones internas. Por su parte, Radó pensó que las drogas suprimían esta diferencia, proporcionando un estado artificial como una "segunda línea de defensas" (Martínez, 1995).

Simmel, entre los años 1928 y 1949, aporta importantes contribuciones a la psicopatología y al tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo; él cree que los adictos sufren de neurosis narcisista (enfermedad maniaco-depresiva) y que evitan utilizando mecanismos de la neurosis obsesiva; también piensa que el efecto de la droga se focaliza en el super yo, pues originalmente la droga protege al yo en su conflicto con el ello, con la realidad y el sentimiento de culpa, pero en el curso de la adicción la droga toma el lugar de todos los objetos contra los cuales alguna vez se dirigió la agresión. Simmel comparte la opinión de que la drogadicción está estrechamente vinculada con las perversiones y puede actuar además como una defensa contra la criminalidad. Además, tiene conciencia del significado simbólico de las drogas y sugiere que hay una frecuente identificación de las drogas con la orina y las heces fecales y que esto hace que exista una relación con la compulsión a tomar algo repugnante. Observó, también, que a menudo el frasco o la jeringa representan al falo, pero en la capa más profunda de la simbolización, el falo significa el pecho materno al cual el drogadicto anhela unirse (Rosenfeld, 1988).

Glover en 1932 dice que el sadismo primitivo y el complejo de Edipo temprano que estudió Melanie Klein, representan una parte importante en los delirios de envenenamiento y las adicciones, a lo que dice: "No puedo hallar una explicación adecuada a la adicción que no suponga una situación edípica activa en una etapa en que las relaciones objetales son poco más que el reflejo psíquico de las relaciones orgánicas", por lo que supone que en la adicción existen una serie de situaciones edípicas nucleares arcaicas (citado por Rosenfeld, 1988).

En 1944, Bergler destaca la importancia de los factores orales tempranos en la adicción alcohólica, pues piensa que los alcohólicos vivieron el destete como una "malicia", por lo que a la bebida la considerarán como una autocuración y una autoreparación; y al beber transforman en positivo lo negativo de la madre, se sienten independientes de ella y de este modo triunfan sobre ella (Dogana, F., 1980).

En otro estudio realizado por David Rosenfeld (1976), opina que el adicto busca provocarse mediante la ingesta de drogas, un modo de experimentar en la piel la percepción de un contacto cálido como sustituto de un contacto que no tuvo con su madre. La necesidad de drogadicción en grupos tiene que ver con la búsqueda de un continente que permita tolerar la

amplia gama de fantasías que pueden resultar de la ingesta en vivencias de pérdida o abandono.

Estos autores coinciden con que el drogadicto no puede enfrentarse con una realidad que le señala su sentimiento de soledad externa y extrema, lo que provoca una sensación de destrozamiento interior con lo que la droga se transforma en una fuente inagotable, "pecho surtidor", que satisface alucinatoriamente, para luego invertir sus términos frustrando y convirtiéndose en el perseguidor a quien hay que recurrir de continuo para tenerlo aplacado. Así como, que la falta de droga remite a las primitivas vivencias de separación con el pecho por lo que se desarrolla una fijación oral (Paz, J., 1980).

Dogana en 1980 se interesó en el estudio de adicciones más específicamente como el alcoholismo y el tabaquismo; ya que estos presentan muchas afinidades pues ambos formaban parte de ritos religiosos y ceremoniales que representaban la iniciación de la edad adulta; también tienen gran importancia en el establecimiento de relaciones sociales, de amistad y de paz; por último tienen significados sexuales específicos.

La teoría psicoanalítica propone una hipótesis de erotismo oral para casi todas las adicciones, y este es el caso del tabaquismo, pues en su análisis psicológico se encuentra que con esta adicción se satisfacen necesidades "orales" además se asocia al cigarrillo con el pezón o al humo con la leche.

Comazzi y Luban-Plozza, en 1972, observan: "En la secuencia de los gestos que componen el acto de fumar el adulto no hace otra cosa que tornar a vivir la gratificación infantil del 'succionar'. El calor de la primera bocanada de humo podría representar en versión adulta, el flujo de leche a la boca del recién nacido hambriento". Por su parte, Morris comenta que: "El humo caliente que aspira el hombre adulto evoca la leche tibia de la madre. Y siguiendo esta metáfora, muchos fumadores cuando se llevan el cigarrillo a la boca o lo retiran hacen que los dedos rocen los labios y se proponen de esta manera imitar las caricias que en otro tiempo solían prodigar al seno materno. Aquellos fumadores más veteranos que, después de haberse puesto un cigarrillo en la boca, lo dejan colgar de los labios por algún tiempo, aspirando solo algunas bocanadas, serían aún más regresivos: en realidad, los momentos en que no aspiran

humor, podrían corresponder a los periodos de sueño entre una y otra mamada, periodos en los cuales el recién nacido se adormece teniendo en los labios un chupete que empero no desea chupar más". Stevenson y cols. resumen "El psicoanálisis subraya que la boca, la lengua y los labios son muy erógenos, no solo para el amor en sus varias formas, sino también en el caso de la alimentación desde la más tierna infancia" (Citados por Dogana, 1980).

Como resultado de lo anterior se puede concluir que la gran mayoría de las adicciones se relacionan con el estado de relajación del niño que es producido por el pecho materno, pues esta misma sensación es producida en la edad adulta por alimentos, bebidas, goma de mascar, palillos, cigarrillo, cigarro, puro o pipa y otras drogas que se ingieren por vía oral.

Además, la hipótesis del erotismo oral puede ayudar a la comprensión de otra actitud típica de muchos fumadores, la actitud de recurrir con mayor intensidad a los cigarrillos en los momentos de frustración, de modo que le dan al tabaco el valor de una especie de gratificación consoladora o apaciguante.

Hay otro aspecto que refuerza el hábito tabáquico; el gestual y motor, esto es, que el fumador juega con el cigarrillo, la cajetilla o el encendedor, satisfaciendo, así, varias sensaciones táctiles. De esta forma, el paquete de cigarrillos adquiere un valor simbólico de talismán, de objeto mágico y tranquilizador que infunde seguridad. Por lo que la cajetilla puede constituir la prolongación o reedición adulta de aquellos objetos "transicionales", es decir, objetos por los cuales los niños desarrollan un fuerte apego ya que tienen la capacidad de simbolizar la tranquilizadora presencia materna (Martínez, 1995).

Por otra parte, Dogana (1980) propone que un sistema de valores expresivos son comunicados a través de la actividad de fumar y varían en función del tipo del artículo fumado, así como en función de la marca preferida. Por ejemplo, menciona que: (1). El Cigarrillo, simboliza el dinamismo, la actividad, la búsqueda y nerviosismo; (2). El Cigarro(puro), simboliza la virilidad (más o menos compensatoria), la afirmación de sí mismo, la opulencia; y (3). La Pipa, representa la calma, la seguridad, la cordura, la madurez y la sabiduría.

A partir de todos estos estudios el psicoanálisis ha propuesto algunas formas de tratamiento contra las adicciones, uno de ellos es la hipnosis.

La hipnosis es un estado mental de concentración focal intensificada y de disociación de la conciencia en un individuo que, en efecto, abandona el autocontrol y se somete pasivamente a la voluntad del hipnólogo.

La hipnosis trata a los síntomas y no a las personas o sus enfermedades. Un paciente puede dejar un síntoma y desarrollar otro, de forma inconsciente, por ejemplo el tabaquismo en cadena puede ser sustituido por la obesidad, ésta por el alcoholismo o el alcoholismo por la depresión. Sugerencias específicas pueden causar efectos colaterales inesperados, según la estructura psíquica del paciente puede ser peligroso su uso por una "catarsis explosiva" y provocar una descompensación de una estructura mórbida.

Por su parte, Simon y Salzber describieron cinco criterios para los procedimientos hipnóticos, en el caso específico de los fumadores: 1) ofrecer sugerencias directas a los fumadores para que cambien; 2) recurrir a la hipnosis para alterar las percepciones del fumador con respecto a la conducta adictiva; 3) emplear la hipnoterapia como auxiliar de la psicoterapia verbal; 4) recurrir a la hipnoaversión, o sea a la hipnosis para ayudar al paciente a desarrollar aversión contra una conducta adictiva, y 5) emplear la autohipnosis como medio auxiliar para complementar el tratamiento hipnótico. Es importante mencionar que la mayoría de los métodos de hipnosis incluyen auxiliares de la conducta, como la imaginación, sugerencias, conducta sustitutiva, desensibilización autorrelajación, situaciones de incomodidad y consejo. La hipnosis puede administrarse en una sola sesión individual, en varias sesiones individuales, o bien en una sesión de grupo, las cuales se mencionan a continuación (Técnicas Médicas de Norteamérica (TMN), 1992).

A) *Sesión individual única.* En este tipo de sesiones se les enseña a los pacientes a hipnotizarse a sí mismos y se les ofrece una sesión de psicoterapia reforzada por hipnosis. Se le instruye al paciente para que emplee la técnica de tres a diez veces al día..

Spiegel sostiene que, por sí misma, la hipnosis no es un freno para el tabaquismo sostenido pero que combinada con la motivación del paciente puede crearse la atención receptiva expectante y la concentración excitada que puede culminar en una nueva perspectiva en cuanto al hábito de fumar. Por esta razón se concentran, los hipnólogos, sobre este

respecto e instruyen al paciente en la meditación, ya que este estado de concentración o autohipnosis incrementa la receptividad del paciente a sus propios pensamientos y ayuda a troquelar en su mente su nuevo punto de vista, su compromiso por su propio bienestar, que le ofrece el poder para renunciar al tabaquismo.

B) *Sesiones individuales múltiples.* Aquí se le administran varias sesiones a cada individuo, estas estarán en proporción a como evolucione el paciente. Se recurren, frecuentemente, a sugerencias directas, diciendo a los pacientes que deberían estar libres relativamente del deseo excesivo de consumir tabaco; esto se hace en cada sesión hasta lograr que el paciente sienta realmente esta libertad.

C) *Sesiones de grupo.* En esta forma de hipnosis se tratan pacientes en grupos de 10 personas (pueden ser más o menos de 10), donde se hipnotiza de manera individual durante 15 minutos, a cada integrante del grupo. El método consiste en relajación, imaginación y autohipnosis. Kline, en 1970, basado en este tipo de método, informó los mejores resultados de la hipnosis en fumadores.

Por su parte, en la teoría de la conducta (conductismo) se ha calificado de "reforzador" del comportamiento farmacodependiente a toda droga, que aumente la posibilidad de ser administrada sin restricción alguna y por sí misma; esto es, que las adicciones son autoreforzadoras, pues la gratificación que se obtiene es la experiencia misma. Este refuerzo puede ser ampliado por un condicionamiento secundario como es la asociación de la adicción con estímulos diversos como son: los visuales, los auditivos, los olfativos, táctiles, etc.; éste tipo de refuerzo secundario puede conducir a la dependencia psicológica, la cual puede ser la vía directa tanto al consumo compulsivo como a la dependencia física (Mother y Weitz, 1986).

Actualmente se ha observado que hay otro tipo de reforzador para las conductas adictivas, éste es aquel que se constituye por las actitudes y acciones de los individuos cercanos al adicto como son: familiares, amigos y conocidos, a éstos se les da el nombre de "refuerzos inductores" (Mother y Weitz, 1986).

Los conductistas, consideran que existen tres variables que determinan el grado de control que ejerce el consumidor: la naturaleza misma de la adicción, el individuo y el entorno.

Por otro lado, la terapia de la conducta consiste en la aplicación de los principios del aprendizaje establecidos para la superación de los hábitos no adaptativos, por lo que el terapeuta busca reemplazar éstos hábitos por otros más adaptativos; los conductistas definen la conducta adaptativa como aquella que en sus consecuencias satisfacen las necesidades del individuo, lo alivian del dolor, de la incomodidad o del peligro, o bien evitan el gasto innecesario de energía (Wolpe, 1958; en Wolpe, J., 1977).

Los hábitos no adaptativos que abarcan el campo de la terapia de la conducta están divididos en cinco categorías, las cuales son: 1) neurosis, 2) otros hábitos no adaptativos aprendidos "puros", 3) conducta no adaptativa aprendida de los esquizofrénicos, 4) personalidad psicopática y 5) toxicomanías (Kris, J., 1990).

Las toxicomanías se caracterizan por los deseos vehementes que mueven a la persona a buscar las drogas aun cuando estas no son necesarias para aliviar el dolor, la ansiedad u otras tensiones; la terapia de modificación de la conducta se ha dirigido a disminuir este deseo hacia la droga (Wolpe, 1977).

Entre los hábitos no adaptativos de toxicomanías se encuentra uno que por regla general es visto como "normal" dentro de nuestra sociedad, este es el hábito o conducta de fumar. Los representantes de esta corriente psicológica afirman que la conducta de fumar es aprendida, moldeada por el entorno y que se mantiene gracias al reforzamiento repetitivo y constante que „npllica la adicción; así los conceptos de estímulo (todo lo que se asocie con el cigarrillo y el cigarrillo mismo), respuesta (fumar) y reforzamiento (los efectos estimulantes o relajantes del cigarrillo) ocupan un lugar importante para explicar y corregir esta conducta (Martínez, 1995).

También afirman que la nicotina, al parecer, es un "reforzador" relativamente débil en la conducta señalada. Sin embargo, puede compensar dicha debilidad en diversas formas; pues cada bocanada de humo que se pone en contacto con la red capilar de los pulmones, transfiere a la sangre una dosis pequeña de nicotina que llega al cerebro con mayor rapidez que una dosis de heroína (administrada por vía intravenosa), lo que produce un efecto positivo (relajamiento o estimulación) a un breve plazo de tiempo. Por lo que a cada bocanada se

puede considerar como "reforzador" potencial de la conducta de fumar, cada cigarrillo rinde unas diez bocanadas y un fumador crónico consume más de 20 cigarrillos por día, al cabo de uno o dos años el acto de inhalar se ha reforzado más de 100 000 veces (Jaffe et al, 1980).

Las terapéuticas de la modificación de la conducta abarcan dos criterios divergentes para cambiar ésta: uno recurre a los castigos, entre ellos el tratamiento de aversión, y el otro emplea el refuerzo positivo, con inclusión de procedimientos de autocontrol, a continuación se hablará de estos métodos (Martínez, 1995):

1) Condicionamiento aversivo: La meta perseguida por el terapeuta es castigar la conducta de fumar. En estos procedimientos la conducta de fumar va seguida de un estímulo aversivo. Dentro de esta técnica se encuentran :

a) Los choques eléctricos. Powell y Azzrin en 1968 trataron de castigar la conducta de fumar con choques eléctricos fuera del laboratorio. Diseñaron un dispositivo mecánico adaptado a la cigarrera que producía una descarga eléctrica cada vez que era abierto antes de un determinado tiempo. La mitad de los sujetos abandonaron el experimento y la otra mitad fue mostrando un decremento en la frecuencia de fumar en la medida en que se incrementaba la intensidad de la descarga sólo una parte de los sujetos dejó de fumar, los demás redujeron su tabaquismo en un 30%. Al eliminar la contingencia del choque todos volvieron a fumar como lo hacían antes.

b) Sesibilización cubierta. El desarrollo de esta técnica se debe a Cautela en 1970 y en 1972, es un procedimiento similar al de desensibilización sistemática desarrollada por Wolpe. La aplicación de este tratamiento sigue los siguientes pasos: en primer lugar se pide al sujeto que se relaje y se imagine a sí mismo tomando un cigarrillo de su cajetilla. Se insiste en que visualice perfectamente bien el cigarrillo dirigiéndose a su boca y en la medida en que lo acerca a ella, que empiece a sentir náuseas, deseos de vomitar, etc. Posteriormente se le pide que experimente el bienestar de haber podido evitar fumar. Se repite el experimento varias veces pidiendo al sujeto que se imagine las escenas cotidianas en las que habitualmente fuma.

c) Bocanadas rápidas de humo y aire humeante caliente. Este tipo de técnica toma como estímulo aversivo el acto de fumar en sí, ya sea en forma rápida o en combinación con aire caliente y humeante. Schmal utilizó la combinación de fumar rápido y aire caliente obteniendo un 64% de éxito a seis meses. Lichtenstein, eliminó el aire caliente y no encontró diferencias significativas en sus resultados. Para éste autor, la técnica de fumar rápido ha producido los mejores resultados entre todos los tratamientos de terapia conductual utilizados para el tabaquismo.

d) Sobresaciedad Resnick en 1968 pensó que a través de la sobresaciedad podría convertirse el fumar en estímulo aversivo. En esta técnica se instruye al paciente para que duplique o triplique sus tasas de consumo durante una semana, y con ello convertir el acto de fumar en algo aversivo.

e) Autocastigo. Representa una forma de programación conductual, en el autocastigo positivo, el sujeto se quita algún estímulo positivo después de la conducta indeseable (fumar). El autocastigo negativo se refiere a realizar una conducta que no gusta por haber fumado.

2) Técnicas de autoasistencia. Las estrategias para dejar de fumar por medio de autoasistencia abarcan diversas técnicas, algunas de ellas empleadas con métodos aversivos (T. M. N, 1992):

a) Autovigilancia. La mayor parte de los programas de interrupción del tabaquismo requiere que los participantes conserven registros del número de cigarrillos que fuman para valorar su tabaquismo basal, sus progresos con el tratamiento y sus resultados. los requerimientos de los programas de autovigilancia han variado, desde contar los cigarrillos fumados durante un día nada más hasta un registro complicado de hora, sitio, actividad, humor y nivel deseado cuando se fumaba cada cigarrillo durante una o dos semanas.

b) Disipación de la nicotina. La reducción lenta de la ingesta de la nicotina mediante el cambio de las marcas con contenido bajo de ésta (disipación por marcas) o disminución de número de cigarrillos por día (disminución progresiva) son maneras de interrumpir gradualmente la ingesta de nicotina. No han sido muy positivos los resultados de la

disminución lenta, ya que al reducir el número de cigarrillos, cada uno de los restantes se puede volver cada vez más reforzador. Sin embargo con este método los individuos pueden seguir fumando los mismos cigarrillos pero a la vez disminuyen la cantidad de ésta sustancia.

c) Programas de la conducta de componentes múltiples. Muchos investigadores combinan diversos procedimientos en sus programas. En ocasiones, las combinaciones tienen como finalidad incrementar la motivación, romper el hábito o ayudar al paciente a abstenerse del hábito de fumar.

Algunos investigadores han tomado un criterio de "cafetería" ofreciendo multitud de procedimientos y dejando que sus pacientes seleccionen las técnicas que consideren más adecuadas. Casi todos los tratamientos múltiples abarcan procedimientos de autocontrol, por ejemplo disipación de la nicotina, capacitación en la abstinencia, y relajación; abarcan, también, programas de aversión al humo como manera de romper el hábito y autocontrol para conservarse sin fumar. En algunos tratamientos para dejar de fumar se incluyen programas de capacitación para prevenir las recaídas.

d) Tratamiento de restitución con nicotina. La nicotina y la dependencia psicológica son dos componentes claves de la adicción al tabaco, Ferno propuso la idea de ofrecer una nueva alternativa con nicotina. De esta manera los individuos que deseen dejar de fumar pueden centrarse en el combate de su dependencia psicológica a la vez que se someten a tratamiento de restitución de nicotina con la finalidad de contrarrestar los efectos fisiológicos de la supresión de esta sustancia. Ferno hizo que se desarrollara el Chicle Polacrilex de Nicotina, que se vende en el mercado con el nombre de Nicorette.

Criterios nuevos para la restitución de la nicotina son nebulizaciones de ácido cítrico, solución nasal de nicotina, un vapor de nicotina, y parches transdérmicos de nicotina; de éstos, el parche de nicotina parece más promisorio que los demás.

Junto al psicoanálisis y el conductismo, la "psicología humanista" se suele definir como "tercera corriente" o "tercera fuerza" en la psicología. El concepto "terapias humanistas" define una gran variedad de abordajes, reunidos no tanto por una teoría común sino para expresar una imagen del hombre bastante homogénea y de concordancias básicas en los principios del

trabajo terapéutico.

La psicología y la terapia humanistas se caracterizan por el empeño en producir una renovación de la psicología, las raíces de esta corriente se encuentran en: a) el existencialismo (Martin Buber, Sören Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Gabriel Marcel, Paul Tillich); b) la fenomenología (Edmund Husserl, Max Scheler); c) el humanismo clásico (Herder) y en el humanismo socialista (Karl Marx), y d) el humanismo francés moderno (Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Albert Camus) (Kris, 1990).

El existencialismo busca, más allá de valores absolutos, normas establecidas, roles y fachadas, al hombre "real" en su existencia genuina y "desnuda".

El humanismo se manifestó primero en el Renacimiento en oposición al dogmatismo de la Edad Media. Es (re) descubierto el "hombre nuevo" como individuo y en su singularidad; por imitación de las formas de vida de los griegos y los romanos, se glorifica al individuo que se autorrealiza, que sitúa "más allá del bien y del mal". En los siglos XVIII y XIX, Herder y otros filósofos idealistas tomaron la educación civil y la formación humanista como el ideal para un desarrollo emancipatorio de los seres humanos; pero en contra de esto, el humanismo socialista (Karl Marx) puso en cuestión la emancipación del individuo pues declaraba que: "la humanidad verdadera sólo puede ser alcanzada por el empeño revolucionario de la clase obrera" (Kris, 1990).

La fenomenología parte de la experiencia sensible del ser humano y tras la serie de los fenómenos busca su esencia auténtica, este abordaje es ampliado por los fenomenólogos franceses. Así, Merleau-Ponty contraponen a la teoría fenomenológica de la percepción una "filosofía del cuerpo" en pie de igualdad con aquella; tomándose como relación hombre-mundo, el "ser para el mundo", que es siempre intencional, o sea que el conocimiento y la conducta del hombre responde a una intencionalidad consciente, se refieren a un mundo que desde siempre está estructurado por el hombre y es modificado por él, con lo cual adquiere valor y sentido.

Algunos representantes de la corriente humanista (Frankl y Fromm), han intentado explicar las adicciones desde su punto de vista, pues actualmente la humanidad se enfrenta a lo que Frankl a llamado "frustración existencial" y Fromm lo a denominado "alienación", esto impide nuestro crecimiento y autorrealización personal (Kris, 1990)

En nuestros días la humanidad sufre de una frustración existencial o una falta de sentido, el cual es acompañado de un sentimiento de vacío, por lo que Frankl habla de un vacío existencial donde explica que contrariamente al animal, el hombre carece de instintos que le digan lo que tiene que hacer y, a diferencia de los hombres del pasado, el hombre actual ya no tiene tradiciones que le digan lo que debe ser, parece que muchas veces ya no sabe tampoco lo que quiere en el fondo. Y entonces sólo quiere lo que los demás hacen (conformismo), o bien, sólo hacer lo que los otros quieren de él (totalitarismo) (Frankl, V., 1988).

Lo anterior se ve reforzado por la educación que se brinda dentro del seno de nuestra sociedad, la cual se ve encaminada a la sobresaturación de incentivos y responsabilidades. Esta sociedad sólo satisface necesidades, pero no la voluntad de sentido; por lo que el hombre no es capaz de autorrealizarse plenamente, puesto que esto se logra solo cuando se cumple un sentido en la vida. A esto aunamos que en esta época hay un creciente tiempo libre y que el hombre no sabe cómo o con qué llenar este tiempo.

Como consecuencia de tener muy poco que hacer y demasiado tiempo de ocio, así como el no saber en que emplear tantas horas libres; muchas veces prefieren aturdir el vacío interior ya sea con bebida, con algún tipo de droga, el tabaco, los chismes, el trabajo y el juego. Con esto no hacen sino huir de sí mismos entregándose a una forma de configuración de su tiempo libre que se puede calificar de centrífuga o de un modo de escaparse por puertas falsas, creándose así un sinnúmero de enfermedades o adicciones características de nuestro tiempo; por ejemplo, el ritmo acelerado de la vida es un intento de automeditación de la frustración existencial, es decir que cuanto más desconoce el hombre el objetivo de su vida más trepidante ritmo da a su vida.

Esto se ha visto confirmado por los estudios realizados por Stanley Krippner, en donde encontraron que en los drogadictos aparece el complejo de vacuidad en el 100 % de los casos; también Betty Lou Padelford, pudo demostrar que en los drogadictos la frustración existencial es más de 2 veces, más elevada que en el grupo de comparación; finalmente en el trato con alcohólicos se ha descubierto que muy a menudo para estas personas parecen haber perdido el sentido a la vida (Frankl, 1988).

Por su parte, Fromm (1987) habla de una enajenación en la cual la humanidad, principalmente en el occidente, ha incurrido durante los últimos 100 años ya que ha creado una gran riqueza material así como grandes avances tecnológicos en los medios de comunicación masiva, dentro de los cuales encontramos el cine, la televisión, la radio y periódicos o revistas; estos medios de comunicación han llenado las cabezas de las personas de la hojarasca más barata que carece de realidad en todos los sentidos y de este modo se han creado "necesidades" que llevan a la humanidad a un consumo desenfrenado de productos que en realidad no necesitan, pero que según toda la ideología creada por los medios informativos hacen que una persona tenga un mayor valor, es decir que en la actualidad se le valora por lo que tiene y no por lo que es como ser humano. Todo esto lleva a que se de una gran inestabilidad mental y emocional.; sin embargo la cultura, también proporciona a la gente normas que les permiten vivir con un problema de estos sin enfermarse , es decir que cada cultura proporciona el "remedio" contra la exteriorización de síntomas neuróticos manifiestos que son el resultado de lo que ella misma produce. Dentro de estos "remedios" se encuentran las diversas formas de esparcimiento (cine, T.V., radio, etc.) para algunos, y para otros la extensa gama de adicciones (alcoholismo, tabaquismo, opiáceos, marihuana, etc.); por eso es que si dejaran de funcionar todos estos medios de escape, miles de personas incurrirían en perturbaciones nerviosas.

Todo esto lleva a la peor de las formas de sufrimiento mental que es el tedio, pues el no saber que hacer de sí mismo, ni de su vida ocasiona que se busquen formas erróneas para darle un fin a esta, creándose cada vez más conflictos mentales y emocionales.

Finalmente esta teoría propone que solo una psicoterapia rehumanizadora podrá hacer frente a la tendencia despersonalizadora y deshumanizadora y a las adicciones que persisten

en la actualidad, comprendiendo los signos de nuestro tiempo y haciéndose cargo de las necesidades de la humanidad.

Además de los métodos proporcionados por las tres corrientes psicológicas, antes mencionadas, existe una gran variedad de técnicas, entre ellas:

1) Acupuntura. Urgellés, investigador del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la Habana, Cuba, escribió un folleto sobre la acupuntura contra el hábito de fumar en 1990, en donde menciona que en 1982 recibieron un artículo relacionado al descubrimiento de un nuevo punto de acupuntura que detenía la tendencia a fumar. Este artículo era de un investigador llamado Olms, quién descubrió en 1981 este punto en la zona de la muñeca, utilizándolo inicialmente contra la tos que él mismo padecía, y observó que ya no sentía la necesidad de fumar, siendo él un fumador compulsivo. Posteriormente, lo utilizó en un gran grupo de fumadores y obtuvo un 80% de efectividad. En este tratamiento se observa que el sujeto refiere sentir un sabor metálico o amargo en la boca, el cual hace que rechace el cigarrillo (Martínez, 1995).

En la actualidad se conocen otros dos métodos de acupuntura para dejar de fumar: la nasopuntura y la auriculopuntura (T. M. N., 1992).

La nasopuntura consiste en seleccionar puntos sobre la superficie de la nariz para descongestionar las vías respiratorias y generar una sensación de disgusto hacia el tabaco en el paciente.

La auriculopuntura puede ser un método doloroso, pues requiere el empleo de una engrapadora para efectuar acupuntura del oído. Para la punción de esta clase se usa una engrapadora quirúrgica como puntos fijos de aguja de acupuntura con la finalidad de efectuar estimulación frecuente de la oreja, también se implantan hilos y cuentas en los puntos corporales y auriculares apropiados.

2) Facio-terapia cibernética. Este método fué creado por el profesor Bui Quoc Chau, el cual consiste en presionar algunos puntos de la región de la cara con un instrumento en cuya

punta hay una superficie roma de 2 mm aproximadamente. Con el empleo de este método, los investigadores cubanos han reportado un porcentaje de éxito del 60% (TMN, 1992).

3) Medicación. Se han empleado dos categorías generales de agentes farmacéuticos para ayudar a las personas a dejar de fumar: agentes desarrollados de manera específica para ayudar a los fumadores a romper con su hábito y fármacos prescritos para superar los síntomas de supresión.

Ya desde 1900, existían las sustancias para desanimar al tabaquismo, las primeras de ellas consistieron en hierbas, especies y enjuagues bucales que producían un sabor desagradable al fumador, además creaban un efecto de repulsión al irritar las mucosas bucal y nasal. Otros productos tenían como finalidad disminuir los impulsos sensoriales o crear boca seca.

La segunda categoría de agentes farmacéuticos está constituida por los que tienen como finalidad un intento de reducir los síntomas fisiológicos y psicológicos de supresión relacionados con la interrupción del tabaquismo. Algunos tienen un efecto relajante, en tanto que con otros se pretende ayudar al paciente a dormir, prevenir el aumento de peso o superar el nerviosismo o la fatiga. Los tipos de fármacos empleados para estos fines son sedantes, anticolinérgicos, tranquilizantes, agentes simpaticomiméticos, anticonvulsivos y sustitutivos de la nicotina (TMN, 1992).

4) Consejo y orientación del médico. El médico puede ofrecer el chicle de nicotina a los fumadores que están motivados para dejar de fumar, sin embargo es importante tener en cuenta que por sí solo el chicle de nicotina sin el consejo de un médico o de un especialista en la interrupción del tabaquismo produce pocos ex-fumadores a largo plazo. En la actualidad, el médico cuenta con otros recursos para ayudar a sus pacientes, como equipos y guías para el médico y materiales de autoasistencia que pueden obtener en diversas instituciones de salud. El consejo y la orientación del médico es muy importante pues animan a muchos pacientes para que intenten dejar de fumar. Los médicos pueden obtener buenos resultados cuando su consejo se refuerza con un mensaje firme, con indicaciones al paciente sobre la manera en que puede dejar de fumar, con materiales de autoasistencia y programas y consultas de vigilancia (T. M. N., 1992).

5) Programas de los medios masivos. Los programas de los medios masivos relacionados con el tabaco pueden agruparse en tres categorías: 1) los que tienen como finalidad impartir información o percepción; 2) los que persiguen inducir a las personas para que adopten acciones particulares; y 3) los que presentan programas de interrupción del tabaquismo en la cámara. Las intervenciones en televisión pueden diferir con amplitud en cuanto a intensidad: algunas consisten en anuncios breves del servicio público o en segmentos durante las noticias de la tarde. Otros pueden transmitir un programa amplio de interrupción del tabaquismo durante muchos días o algunas semanas.

El formato de los programas de interrupción transmitidos por los medios masivos consiste generalmente en publicidad anticipada que pide a los participantes que soliciten equipos, materiales y tarjetas de registro. El propio programa de interrupción suele incluir información sobre los riesgos de fumar y los beneficios de interrumpir este hábito, instrucciones sobre la manera de combatir la adicción a la nicotina, e indicaciones sobre la manera de conservarse sin fumar. En ocasiones, personalidades locales renuncian al tabaquismo simultáneamente con la audiencia o presentan testimonios relacionados con la eficacia del programa de los medios masivos (T. M. N., 1992).

A pesar de que esto podría influir de forma positiva en la población en general, se han valorado muy pocos programas de interrupción del tabaquismo transmitidos por televisión y radio.

En el marco de las primeras teorías norteamericanas del aprendizaje no se consiguió sustentar la posición conductista, pues ya en el abordaje de Tolman se empleaban conceptos como "aprendizaje latente", "propósito", etc., este abordaje nació para explicar fenómenos como el aprendizaje animal sin refuerzo observable o la "visión panorámica" (cognitive map) que permitía al animal elegir en cada caso el camino más corto en el laberinto. Y con mayor intensidad todavía se advirtió después en los experimentos con seres humanos.

En vista de estos descubrimientos de la investigación y sobre todo, de la práctica cotidiana, los terapeutas de la conducta empezaron desde muy temprano a integrar en sus teorías elementos cognitivos. En la década de 1960 los investigadores de orientación más

práctica empezaron a tomarse la libertad de ampliar las concepciones de teoría del aprendizaje en terapia de la conducta con elementos "ajenos a la teoría"; y es manifiesto que este paso les procuró un éxito considerable con sus clientes y además, el reconocimiento de sus colegas (Kris, 1990).

Entre estos investigadores innovadores se encuentra Arnold Lazarus, quien defendió un "eclecticismo técnico": el psicólogo clínico tiene por mira principal asistir al paciente; por lo tanto, no puede permitirse renunciar a técnicas eficaces con el argumento de que infringen determinados principios de la teoría del aprendizaje. Caracterizó las concepciones de Wolpe y Skinner como "simplistas, estrechas y limitadas" y abogó en particular por la integración de aspectos cognitivos en la terapia (Kris, 1990).

A partir de estas primeras modificaciones a la terapia de la conducta fue incesante la aparición de más modificaciones con enriquecimientos y fundamentos cognitivos, pues se hizo evidente la importancia de las cogniciones en las diversas formas de conducta que presentamos los seres humanos ya que todo pensamiento nos lleva a una conducta en particular. Junto con esta serie de innovaciones también surgieron nuevas técnicas cuyo fundamento teórico resultaba oscuro, pues el concepto mismo de terapia cognitiva de la conducta sólo se explica por su génesis histórica ya que es un intento de ampliar la terapia de la conducta con perspectivas cognitivas (Cueli y Reidl, 1972).

Con base a éste nuevo marco surgieron una gran diversidad de técnicas de la conducta que tenían elementos cognitivos, las más representativas son (Kris, 1990): Aprendizaje de Bandura, El condicionamiento latente, Solución de problemas, Autoinstrucción, Terapia multimodal (BASIC ID) y Terapia cognitiva.

Todas estas técnicas se basan en una reestructuración cognitiva pues buena parte del proceso de valoración transcurre, según Beck, en la forma de pensamientos automáticos, de los cuales el paciente no tiene conciencia y que son los causantes de los problemas e incluso de las adicciones. Las perturbaciones emocionales descansan en las llamadas "falacias" y según Mc Kay, M ; Davis, M; Fanning, P. (1990) los principales pensamientos distorsionados o falacias a las que se han tenido que enfrentar los terapeutas cognitivo conductuales son:

A. **FILTRAJE.** En este tipo de pensamiento se toman los detalles negativos y se magnifican, mientras que los aspectos positivos de la situación no se toman en cuenta.

B. **PENSAMIENTO POLARIZADO.** Las cosas son blancas o negras, buenas o malas, es decir que la persona que posee este tipo de pensamiento a de ser perfecta o una fracasada pero no existe término medio.

C. **SOBREGENERALIZACION.** Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia, esto es que si ocurre algo malo en una ocasión se esperará que ocurra una y otra vez .

D. **INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO.** Sin medir palabra, la persona sabe que sienten los demás y por que se comportan de la forma que lo hacen sobre todo en lo que se refiere a dicha persona.

E. **VISION CATASTROFICA.** Esta forma de pensamiento es aquélla que solo espera el desastre pues cuando una persona se entera o escucha un problema empieza a angustiarse y a hacer autoverbalizaciones tales como: "y si", "¿y si estallara la tragedia? ¿y si me sucede a mi? ".

F. **PERSONALIZACION .** La persona que posee este tipo de pensamiento distorsionado cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También suele compararse con los demás intentando de determinar quién es mejor.

G. **FALACIAS DE CONTROL.** Este tipo de pensamientos se observa cuando un sujeto se siente ya sea externamente o internamente controlado, es decir cuando es externamente se ve así mismo desamparado como una víctima del destino. En cambio cuando es internamente se convierte así mismo en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean.

H. **FALACIAS DE LA JUSTICIA.** La persona esta resentida porque cree conocer qué es la justicia , pero los demás no están de acuerdo con ella.

I. CULPABILIDAD. La persona mantiene que los demás son responsables de su sufrimiento, o bien puede optar por el punto de vista opuesto y ocuparse a sí misma de todos los problemas ajenos.

J. DEBERIA. Este tipo de pensamiento esta presente cuando una persona posee una lista de normas rígidas acerca de como debería actuar tanto con ella misma como con los demás. Por lo que llegan a molestarse mucho con las personas que rompen estas normas y llegan incluso a sentirse culpables si las rompe ella misma.

K. RAZONAMIENTO EMOCIONAL. Se cree que lo que se siente tendría que ser verdadero y automático.

L. LA FALACIA DEL CAMBIO. Esto es cuando una persona espera que los demás cambien para seguirlos pues sus esperanzas de felicidad parecen depender de su necesidad de cambiar a los demás.

M. LAS ETIQUETAS GLOBALES. Es cuando se generalizan una o dos cualidades aisladas de un juicio negativo global.

N. TENER RAZON. Es cuando la persona continuamente esta en un proceso para probar que sus opiniones o acciones son correctas, por lo que es imposible para ella equivocarse y hacer cualquier cosa para demostrar que tiene razón aún cuando no sea así.

Ñ. LA FALACIA DE LA RECOMPENSA DIVINA. Es cuando la persona que posee esta creencia espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación que a tenido en su vida, pero se resiente cuando comprueba que dicha recompensa no llega.

Dentro del marco cognitivo-conductual se han intentado explicar las conductas adictivas, Benjamín Domínguez es uno de los investigadores que han incursionado en esta área. Él explica: "Vivimos en una sociedad consumista, que se ha acentuado a partir de la 2a. Guerra Mundial y el éxito personal se ha definido en términos de la adquisición sin límites de bienes materiales y la obtención de placer inmediato. En este contexto factores como: el aumento en

el tiempo libre, la intensificación del estrés provocado por el ambiente urbano han contribuido a que cada vez más personas hayan desarrollado una relación de dependencia con las drogas, el alcohol, el tabaco, la comida y el juego compulsivo; además que estas conductas son reforzadas por el medio social y por como percibe esto cada individuo" (Dominguez, B., 1987), esto último se explica claramente en el modelo del aprendizaje social pues se muestran a las conductas adictivas como aprendidas.

Es meta esencial de la terapia cognitivo-conductual sensibilizar al paciente para sus pensamientos automáticos y para las valoraciones y falacias autodestructivas que ellos traen consigo. Beck organiza el procedimiento terapéutico en cuatro fases (Kris, 1990):

1. Observación. Tras ser familiarizado con la idea de la terapia el cliente aprende a observarse a sí mismo y a tomar nota de los pensamientos que le afloran de manera automática.

2. Identificación. Sobre la base de este material provisto por el cliente, se analizan los diálogos internos y su tendencia autodestructiva en orden a la tríada antes mencionada.

3. Revisión de hipótesis. El paciente aprende a percibir de manera diferenciada las hipótesis acerca de sí mismo y de su ambiente que van implícitas en sus pensamientos automáticos, y a revisarlas en cuanto a su contenido de verdad. De este modo advierte que sus valoraciones y sus conclusiones no siempre son incuestionables, y discierne cada vez más diferenciadamente su aporte en la plasmación cognitiva de su mundo de vida.

4. Entrenamiento en explicaciones alternativas. En colaboración con el terapeuta se elaboran estructuraciones cognitivas de alternativa y se las pone a prueba en situaciones reales. Se trata aquí de concepciones contrarias a los pensamientos automáticos.

Dentro de esta teoría las técnicas propuestas en el tratamiento para dejar de fumar son: Terapias de grupo con reestructuración cognitiva.

A través de este tipo de terapia se pretende que se modifique la conducta de fumar por medio de una reestructuración cognitiva que se fundamenta en la creación de procesos de cambio mediante el reconocimiento del problema (tabaquismo), la toma de decisiones, la modificación del comportamiento y la resolución del problema (dejar de fumar) a través del descubrimiento y la expresión de pensamientos distorsionados que el individuo va corrigiendo por vía del aprendizaje de nuevas estructuras cognoscitivas, dicho aprendizaje se comparte con los demás miembros del grupo dándose así una retroalimentación constante y un intercambio del aprendizaje (Martínez, 1995).

Para lograr que este tipo de métodos funcionen adecuadamente, es importante que se exploren los aspectos cognitivos de cada miembro del grupo, es decir que se identifiquen los pensamientos que lo han llevado a que se inicie en la conducta de fumar y además a que se mantenga. Entre estos aspectos cognitivos que más se toman en cuenta en el marco de la teoría cognitivo- conductual es el de Locus de Control Interno-Externo, concepto que se explicará ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

LOCUS DE CONTROL.

El concepto de Locus de Control Interno -Externo (I-E) fue propuesto por Rotter en 1954, este concepto surgió dentro del marco de la Teoría del Aprendizaje Social, quien observó una relación entre una conducta específica en una situación dada y las expectativas de las conductas a aprender con un particular reforzamiento por parte del medio ambiente y las propias experiencias del individuo en el pasado (Bunch, J.M. y Schneider, H.G., 1991).

Lo anterior fue confirmado por Rotter y James en 1958 a través de un estudio que realizaron con dos grupos, a los cuales se les reforzaban sus creencias, a uno de forma parcial y al otro al 100%. Los resultados que obtuvieron mostraron que los sujetos pertenecientes al primer grupo tenían una mayor resistencia a la extinción del aprendizaje a través de las sesiones a las que fueron sometidos por lo que percibieron los cambios del experimento como resultado de sus propias habilidades (orientación de locus de control interno); por el contrario los sujetos pertenecientes al segundo grupo mostraron una extinción más rápida y percibieron los cambios como algo externo a ellos (orientación de locus de control externo). Sin embargo estos resultados no fueron definitivos, pues encontraron que esto puede ser modificado por la experiencia que fue obtenida por los sujetos a través del experimento (Bunch y Schneider, 1991).

El concepto de locus de control fue definido por Rotter hasta 1966 de la siguiente manera: "Cuando un refuerzo es percibido por un sujeto, como no contingente a una acción suya, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos o como impredecible por causa de una gran complejidad de los refuerzos que le rodean. Cuando un acontecimiento es interpretado de este modo se denomina esto como creencia de Control Externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente personales, se denomina creencia de Control Interno" (La Rosa, 1988).

Rotter consideró el constructo Locus de Control unidimensional ; en el que los polos del "continuum" representarían, la máxima externalidad y máxima internalidad. Cuando más interna es una persona menos externa será , y cuanto más externa sea menos interna será.

De acuerdo con sus definiciones y supuestos Rotter construyó una escala para medir Locus de Control, la cual constaba de 23 reactivos y 6 más de relleno, cada reactivo estaba constituido por dos opciones: una expresaba la creencia en control interno y la otra expresaba la creencia en el control externo. Es una prueba de elección forzada, general y no específica, lo que explicaría su bajo poder predictivo. Por esta razón es que se ha tenido la necesidad de crear nuevas escalas que no sean tan limitadas y que consideren aspectos culturales para poder aplicarlas en investigaciones realizadas en diferentes países y con personas de diferentes grupos étnicos y culturas (ideología); ya que el concepto locus de control no puede ser aplicado de la misma forma en todos los países pues cada cultura posee sus propias creencias, costumbres, valores e ideologías por lo que las respuestas de un miembro de un país y de otro no serán iguales y a veces ni siquiera tendrán similitudes.

Por eso es que autores como Garza y Lipton, Segall y Price-Williams proponen que antes de realizar cualquier investigación con el concepto locus de control deben tomarse en cuenta las diferencias y las similitudes entre la cultura, es decir su estructura social, ideológica y política, que dio origen a dicho concepto y la cultura a que se aplicará para que de este modo pueda adecuarse el estudio a las nuevas condiciones que presenta esta última (Lefcourt, Hebert M., 1984). En este sentido se han llevado a cabo un gran número de investigaciones utilizando la escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter y además ha surgido una necesidad de crear nuevas escalas de Locus de Control para cada cultura en específico. A continuación se expondrán algunas de estas investigaciones y escalas de Locus de Control.

Crandall, Katkovsky y Crandall en 1965 construyeron el IAR para medir Locus de Control en niños desde tercer grado hasta el doceavo grado. El objetivo de la escala era medir las creencias de los niños en lo que se refiere a la responsabilidad por el reforzamiento exclusivamente en desempeños intelectuales (Ruíz, Rosa Mary y García, Margarita, 1990).

Otra de las escalas elaboradas y que tuvo un impacto significativo fue la de Levenson,

pues fue concebida como multidimensional, ya que expectativas de suerte, destino y otros poderosos no podían ser consideradas bajo el rubro de control externo, como lo hizo Rotter en la escala que construyó anteriormente y que era unidimensional, pues la autora distingue dos tipos de orientación externa: (1). La creencia en la naturaleza desordenada y azarosa del mundo y (2). La creencia de un mundo ordenado y predecible, asociada con la expectativa de que personas que tienen el poder tienen el control. En el último caso hay una posibilidad de control ya que uno puede obtener el control con determinadas acciones. Levenson desarrolló tres subescalas: la escala de Locus de Control, la de azar (suerte) y la de otros poderosos, constituida cada una de 8 reactivos algunos de los cuales fueron adaptados de la escala original de Rotter y otros fueron contruidos específicamente para su instrumento. La subescala de control Interno mide la creencia que uno tiene de que puede controlar su propia vida; la subescala de otros poderosos describe la creencia de que las personas que tienen el poder tienen el control sobre los demás; finalmente la subescala de azar se refiere a las creencias de que los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino (Lefcourt, 1984).

Por su parte Lefcourt y Von Baeyer, Ware y Cox en 1979 describieron un modelo para la construcción de escalas de Locus de Control para diferentes objetivos (Ruiz y García, 1990).

En 1981, Wallston y Wallston crearon una escala, la cual tenía el objetivo de evaluar el Locus de Control con respecto a la salud (Ruiz y García, 1990)

Una escala más fue la creada por Reid y Ziegler, para medir las creencias de personas más viejas con respecto a su habilidad para controlar refuerzos que reconocen como importantes. Esta escala tenía la finalidad de observar como el aprendizaje social de una persona influye en su forma de ver el mundo, es decir que este puede ser percibido en dos diferentes dimensiones en control personal (interno) y en control por causas externas (Ruiz y García, 1990).

Paulhus y Christie en 1981 se preocuparon por las esferas del control, identificando las esferas de eficacia personal, control interpersonal y control socio-político. En ese mismo año, Worrel y Tumilty presentaron una escala que se relaciona con la conducta de beber,

demostrando que el comportamiento alcohólico puede ser interpretado utilizándose una medida de Locus de Control (Ruíz y García, 1990).

Uno de los teóricos que más se han destacado en este campo de investigación es Lefcourt, quien en 1981 explica que el término de Locus de Control se refiere a una expectativa general en donde los refuerzos son bajo el control Interno-Externo, esto trae una base de aprendizaje social puesto que dependiendo del tipo de información y educación que recibió el niño será su comportamiento respondiente, con esto se sugiere una asociación de crianza, aceptación parental y disciplina con el Locus de Control (La Rosa, 1986).

Lefcourt creó The Multidimensional-mutiattributinal Causality Scale (MMCS), la cual consta de 24 reactivos los cuales miden el control percibido sobre las actividades académicas y sobre la afiliación de las áreas de relevancia particular para los estudiantes universitarios. Esta escala se divide en cuatro áreas y son las siguientes: Estabilidad Interna (habilidades y destrezas), Inestabilidad Interna (esfuerzo y motivación), Estabilidad Externa (contextos), e Inestabilidad Externa (eventos fortuitos); cada una de estas áreas esta constituida por 6 reactivos.

Por otra parte, en el área de salud han hecho intentos por desarrollar por separado escalas de locus de control para ser aplicadas en cada desorden o problema de salud específico como la diabetes, artritis, control de peso y salud fetal (Eiser, J.R.; Eiser, C.; Gammage, P. y Morgan, M.; 1989).

Una de estas escalas se creó para medir locus de control en fumadores únicamente; esta se desarrollo en Inglaterra por Georgiou y Bradley en 1991, la cual esta conformada por 4 subescalas: Interna, Externa: otros poderosos, Externa: cambio y Externa: otros significantes. Cada subescala tiene 8 reactivos (Bradley, C. y Georgiou, A., 1992).

Basándose en estos estudios, investigadores mexicanos crearon 2 escalas para medir Locus de Control en nuestra población. A continuación se describirán dichas escalas.

La primera de ellas fue la creada por Díaz Loving y Andrade Palos en 1984 para niños

mexicanos y es multidimensional. Consta de 30 reactivos y de tres subescalas: 1. Subescala fatalista, la cual describe las situaciones donde el niño considera que no puede hacer nada para controlar su medio ambiente; 2. Subescala afectiva, se refiere a situaciones en las que el niño modifica su medio ambiente a través de sus relaciones afectivas con las personas que le rodean y 3. Subescala instrumental, esta describe situaciones en las que el niño trata de hacer algo para conseguir lo que quiere o modificar directamente su medio ambiente (Ruíz y García, 1990).

La otra escala multidimensional en población mexicana fue la que creó Jorge La Rosa (1985), esta escala fue construida a partir de las escalas de Rotter y Levenson. En esta escala se evalúan las dimensiones de internalidad instrumental, fatalismo-suerte, otros poderosos y control por el afecto.

Durante el proceso de construcción y validación de dicha escala se realizaron tres estudios piloto, en los que se encontraron los siguientes resultados:

El primer estudio fue la traducción al español de las escalas de Rotter y Levenson, estas fueron aplicadas a 289 estudiantes de carreras universitarias en la Ciudad de México. En este estudio se corroboró que la posición teórica de Rotter de unidimensionalidad es desfavorable y se comprobó, también la existencia de las tres dimensiones propuestas por Levenson: azar, control interno y otros poderosos. Y se construyó un nuevo factor en el que el individuo cree obtener sus objetivos debido a sus relaciones afectivas con otras personas.

En el segundo estudio, basándose en el primero se elaboró una escala multidimensional para medir locus de control, dicha escala estaba constituida por 60 reactivos que incluían las dimensiones de internalidad instrumental, afectividad, fatalismo-suerte y otros poderosos. Las respuestas a los reactivos se daban en un continuo de 5 puntos, variando de completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5). Se comprobó la existencia de 3 de las cuatro dimensiones, con un detalle: la escala de otros poderosos se presentó dividida. El factor 3 agrupó los reactivos que se referían al control del micro sistema social del individuo mientras que el factor 5 agregó aquellos que se relacionaban con el macro sistema social. Se denominó al factor 3 de poderosos del microcosmos y otros poderosos del macrocosmos fue la denominación del factor 5. Esta escala fue aplicada a 453 estudiantes.

En el tercer estudio se aplicó el instrumento del estudio 2, con 5 subescalas, a 1083 estudiantes. En este último estudio se corrobora la existencia de las 5 subescalas: fatalismo-suerte, poderosos macrocosmos, afectividad, internalidad instrumental y poderosos del microcosmos.

Después de este tercer estudio piloto, La Rosa validó la Escala de Locus de Control, la cual consta de 60 reactivos que incluyen las dimensiones de: 1. La subescala fatalismo-suerte, esta se refiere a las creencias que tiene el sujeto de que su vida depende de factores azarosos tales como la suerte y el destino; por ejemplo: "que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte" y " el hecho de que yo tenga muchos o pocos amigos se debe al destino". Los números de los reactivos de esta subescala son: 2, 6, 10, 12, 15, 18, 25, 30, 32, 40, 47, 51, 56 y 60.

La subescala de poderosos del macrocosmos se refiere a que el individuo cree que otras personas, lejanas a él, poseen el poder y que con sus acciones tienen influencia en su vida; por ejemplo: "los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto" y " la paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante". Los reactivos son: 1, 4, 5, 9, 16, 20, 29, 37, 43, 54 y 61.

La subescala de afectividad se refiere a que el individuo cree que consigue sus objetivos gracias a las relaciones afectivas que establece con quienes le rodean; por ejemplo: "el caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas" y " si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo". Los reactivos de esta subescala son: 3, 7, 14, 21, 23, 26, 31, 36, 42, 52, 55 y 57.

La subescala de internalidad instrumental se refiere a las creencias que tiene el individuo de que él mismo controla su vida por medio de su esfuerzo, trabajo, capacidades y habilidades; por ejemplo: "mi vida esta determinada por mis propias acciones" y " mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal". Los reactivos son: 8, 13, 19, 22, 27, 34, 38, 44, 46, 49, 53 y 58.

Por último la subescala de poderosos del microcosmos se refiere a las creencias del

individuo, acerca de que otras personas, cercanas a este poseen el poder de controlar su vida; por ejemplo: "yo siento que la gente tiene poder sobre mí (padres, familiares, jefes, etc.) trata de decir lo que sucederá en mi vida" y "el hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes". Los reactivos que pertenecen a esta subescala son: 11, 17, 24, 28, 33, 35, 39, 41, 45, 48, 50 y 59.

Las respuestas a estos reactivos se dan en un continuo de 5 puntos (escala tipo liker), variando de completamente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni en desacuerdo ni de acuerdo (3), de acuerdo (4) y completamente de acuerdo (5) (La Rosa, 1986).

Esta última escala de locus de control (La Rosa, 1986) es la base de partida del presente estudio, aplicándose a una población de 54 fumadores de la Clínica de Tabaquismo del INER.

Es importante mencionar que muchos han sido los autores que se han interesado por el estudio del Locus de Control, a través de algunas de las escalas que se mencionaron con anterioridad, y sus relaciones en diversas áreas de la vida del hombre como por ejemplo la personalidad, el trabajo, la influencia de la cultura, entre otros. A continuación se mencionarán algunas investigaciones que se han realizado.

Una de las primeras investigaciones reportadas fue la realizada por Seeman y Evans en 1962, Seeman en 1963 y Phares en 1965, estos demostraron que los internos mostraron mayor iniciativa en cuanto a sus esfuerzos por lograr metas y por controlar los ambientes en donde se desarrollan en comparación con los externos (Citado por Ruíz y García, 1990).

McDonald en 1963 reportó que los sujetos externos describen a sus madres como sobreprotectoras y más inclinadas a usar castigos afectivos y privación de privilegios. En cambio Cronwell reportó que la protección materna para adultos masculinos normales, estaba asociada con la creencia en control externo. Diversos estudios han reportado que el padre que da calor, da respaldo, es permisivo, flexible, aprobador, consistente en disciplina y espera comportamientos independientes tempranos por parte de sus hijos, tiende más a animar o a creer en el control interno, en comparación con el padre que rechaza, castiga y es dominante y

crítico. Estos estudios fueron realizados por Chance en 1965; Katrovsky , Crandall y Good en 1967; Davis y Phares en 1969 (citados por Hernández, 1995).

Otras investigaciones que se han realizado son aquellas que tratan de las diferencias de actitudes de control I-E entre grupos étnicos y clases sociales, las cuales se llevaron a cabo por Battle y Rotter en 1963, y Lefcourt y Ladwig en 1966, estos estudios fueron realizados en poblaciones no escolares e indican que los negros y los individuos de clases bajas generalmente tienden a ser más externos que los blancos y que los individuos de clase media. Scott y Phelan en 1969 notaron que los desempleados blancos estadounidenses estaban significativamente más internamente orientados que los desempleados negros o mexicano-americanos. Además estos desempleados tienden a estar más externamente orientados que los estudiantes de clase media blancos estadounidenses (Lefcourt, 1984).

Los estudios realizados por Straits y Sechrest en 1963 y James, Woodruff y Warner en 1965 arrojaron evidencias que indican que los internos controlan mejor no solo sus ambientes, sino también sus propios impulsos (Ruiz y García, 1990).

Efran en 1964 encontró que la tendencia a recordar fracasos se encontraba significativamente relacionada a puntuaciones externas, sugiriendo con esto que los externos aceptaban sus fracasos dándoles una explicación en su tipo de orientación mientras que los internos necesitaban evitar estas experiencias ya que pensaban que estas no hacían más que reflejar su habilidad para tratar con su ambiente (Ruiz y García, 1990).

Otros estudios como los que llevaron a cabo Chance en 1965; Crandall , Katrovsky y Crandall en 1965; y Crandall , Katrovsky y Preston en 1962 han demostrado que los sujetos internos pasan más de su tiempo en actividades intelectuales, exhiben más intenso interés en tareas académicas y obtienen puntuación alta en pruebas de inteligencia así como en otras pruebas académicas en comparación con los externos. Otro estudio realizado por Eisenman y Platt en 1968 muestra que los internos manifiestan un mayor interés y esfuerzo en las actividades académicas que los externos, sin embargo concluyen que esto no es determinante. Por su parte, Tolor y Reznikoff en 1967 y Altrocchi en 1968 reportaron que los externos estuvieron significativamente relacionados a la sensibilización y los internos estuvieron altamente relacionados con la depresión (Ruiz y García, 1990).

Las investigaciones realizadas por Julian y Katz en 1968; Lefcourt en 1965; Lewis y Silverman en 1968; Rotter y Mulry en 1965 han tratado de probar que los internos tienen mejor ejecución que los externos bajo condiciones en las cuales las habilidades controlan el resultado, mientras que los externos tendrán mejor ejecución en condiciones en donde las oportunidades determinen el resultado.

Strickland, Lewicki y Katts en 1966 y Krauss en 1970 en sus investigaciones mantienen que los internos en vez de mostrar cautela muestran un comportamiento más riesgoso en comparación con los externos debido a que los internos tenderían más a tratar de llevar ventaja sobre las diferencias de reforzamiento. Mientras tanto otros dos estudios realizados por Lefcourt y Steffy en 1970, y Milton y Miller en el mismo año, reportaron que no existe relación entre la escala I-E y los comportamientos riesgosos (Lefcourt, H. y Hillsdale, N. J., 1977).

Los estudios que emprendieron Hersch y Scheibe en 1967 correlacionaron la escala I-E con el California Psychological Inventory (CPI) y la Adjective Check List (ACL), encontrando que las personas orientadas hacia el control interno tuvieron puntuaciones más altas que los externos en cuanto a dominio, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, eficiencia intelectual y escalas de buen comportamiento. En la escala de ACL los internos tendieron a describirse a sí mismos como asertivos, poderosos, independientes, afectivos, laboriosos, etc. (Bradley y Georgiou, 1992).

Fiather en 1967-1968 mostró que las mujeres ganan un Locus de Control Externo significativamente más alto que los hombres en la Universidad de Inglaterra. También notó una tendencia significativa para los sujetos externos de ambos sexos ya que reportaban más ansiedad debilitante y síntomas neuróticos.

En 1968 Phares, Ritchie y Davis concluyeron que las personas internas están más dispuestas a remediar problemas de personalidad que los externos, estos autores tienden a apoyar la hipótesis de que los internos no solo van a mostrar más iniciativa y esfuerzo para controlar su ambiente, sino que también pueden controlar sus propios impulsos mejor que los externos ya que los internos mostrarán una mayor tendencia a buscar información y adoptar patrones de comportamiento que faciliten el control personal sobre sus ambientes. Julian,

Lichtman y Ryckman en 1968 observaron que las personas internas prefieren las selecciones con altas probabilidades de éxito a diferencia de las personas externas (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

Harrow y Ferrante en 1969 investigaron acerca de la distribución de varios tipos de pacientes mentales en el continuo del Locus de Control reportando que los esquizofrénicos eran más externos que la muestra total de no esquizofrénicos. Después de seis semanas de tratamiento clínico, los depresivos llegaron a estar orientados más internamente que los esquizofrénicos. Los desórdenes maniacos mostraron una tendencia hacia el aumento de la externalidad.

Al siguiente año, en 1970, Goss y Morosko encontraron, contrariamente a sus predicciones, que los alcohólicos puntuaron significativamente hacia la dirección interna y que los alcohólicos internos reportaron menos ansiedad, desamparo, depresión y patología clínica en el MMPI. Los investigadores sugirieron que los alcohólicos puntuaron hacia dirección interna ya que perciben el alcohol como el significado de controlar estados afectivos no placenteros.

En un estudio, por Navarre y Minton en 1977, cuyo propósito era determinar si la expectativa generalizada del locus de control afecta la forma en que una persona lisiada es evaluada por una persona no lisiada, se encontró que el locus de control sí afecta la actitud de una persona no lisiada hacia las personas lisiadas. Ya que parece ser que quienes tienen el locus de control externo están inclinados a formar impresiones personales, usando aspectos externos como la incapacidad física, por otro lado los internos tienden a guiarse por aspectos internos como el grado de competencia (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

Posteriormente, Guarnera y Williams en 1987 compararon las puntuaciones de la escala "Multidimensional Health Locus of Control Scale" para medir el locus de control y del "Life Orientation Test", una autoevaluación de optimismo de un grupo de 92 adultos mayores, obteniendo como resultados que mientras más optimistas son, tienen una mayor salud y una mejor orientación de vida (Ruíz y García, 1990).

Por su parte, Achamamba en Enero de 1987 aplicó la escala de Rotter de I-E locus de control a 300 estudiantes universitarios, los resultados indicaron que los estudiantes orientados internamente tendían a orientarse hacia el futuro para realizar metas, mientras que los sujetos que creían que fuerzas externas controlaban sus vidas tenían perspectivas a corto plazo (García y Ruiz, 1990).

En tanto, Perrewe en Abril de 1987 encontró en un grupo de 125 estudiantes no graduados que los sujetos con alto nivel de actividad y elevada creencia en la suerte, el destino y otros poderosos tuvieron la relación más fuertemente negativa entre el control personal y la ansiedad psicológica, así como con el control personal y el pulso (Ruiz y García, 1990).

Misra, por su parte, en Mayo de 1987 investigó la influencia de locus de control y autoconcepto en el desarrollo académico de 120 estudiantes (60 hombres y 60 mujeres). Los resultados indicaron que la orientación interna del locus de control estaba asociada con un alto grado de autoconcepto, logros académicos y con un puntaje favorable de los profesores. Los hombres tuvieron mayor autoconcepto, estaban más internamente orientados y recibieron mayores puntuaciones que las mujeres.

En Julio de 1987 Perfley relacionó la hostilidad y el locus de control de 35 hombres y de 35 mujeres estudiantes, encontrando que el locus de control estuvo significativamente relacionado con todas las puntuaciones de hostilidad entre las mujeres, los hombres no mostraron una relación significativa entre estas variables.

Richardson en verano de 1987 investigó las diferencias en sexo y edad en el locus de control entre 60 hombres y 101 mujeres maestros, encontrando que las mujeres de mayor edad poseían un locus de control interno (Ruiz y García, 1990).

Benassi, Sweeney y Dufour en Agosto de 1988 encontraron que la orientación de locus de control y el grado de depresión estaban significativamente relacionadas y que la relación era moderadamente fuerte y consistente a través de varios estudios; esto quiere decir que a mayor externalidad se daba mayor depresión.

También, se hicieron estudios relacionando locus de control con algunos procesos de la actividad cognitiva. Uno de estos es la asimilación de información y con el cual se realizaron tres investigaciones, una de ellas se realizó con pacientes tuberculosos acerca de como perciben su enfermedad a partir de la información que tenían y al final se encontró que los internos eran más susceptibles al dolor y al sufrimiento que los externos. El segundo estudio fue con adictos, en este se encontró que los externos aceptan más fácilmente su adicción puesto que no siente ninguna necesidad de obtener una información extra a diferencia de los internos que buscan información acerca de su adicción. El tercer estudio se llevó a cabo en un reformatorio donde los investigadores daban información a los prisioneros y observaron que los sujetos internos eran los que asimilaban mejor la información recibida y tenían mayor probabilidad de reformarse que los externos.

Otro de los procesos cognitivos estudiados es la atención. En un estudio realizado por Lefcourt y Wine en 1969 observaron que cuando dos experimentadores atienden a otra persona con el objeto de acercarse y familiarizarse más con ella. Uno de los experimentadores tenía la responsabilidad de hacer los acercamientos oportunos y agradables así como mantener un contacto visual más frecuente y cambios placenteros con respecto al sujeto. El segundo experimentador se dedicaba a hacer únicamente contacto visual con el paciente y a tener conductas más restringidas que el primer experimentador. Estos experimentadores observaron que la conducta del segundo experimentador despertaba más la curiosidad y la atención entre aquellos sujetos con un locus de control más interno lo cual era menos frecuente entre los sujetos con locus de control externo (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

En lo que se refiere a la toma de decisiones se realizaron dos estudios por Julian y Katz en 1968 y Lefcourt y Lewis y Silverman en 1968, en los que reportaron que los sujetos internos requieren de un mayor tiempo para tomar una decisión cuando la dificultad de una tarea a la que se ven sometidos es incrementada, por el contrario en los externos no hay mucha variación en el tiempo que toman para tomar sus decisiones cuando los niveles de dificultad aumentan.

Finalmente se puede decir que existen diferencias en los procesos cognitivos de los sujetos internos y de los externos, pues los internos son más perceptivos para un mejor aprendizaje acerca de su medio, y también son más inquisitivos, curiosos y poseen procedimientos más eficientes de información que los externos (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

No todos los estudios se llevaron a cabo con personas adultas, también se realizaron con niños y adolescentes, algunos de los cuales a continuación se presentan. Un estudio realizado por Fel, en el que aplicó pruebas a los padres y madres de 20 niños y 20 niñas en un rango de tiempo de 2 1/2 horas, encontró que hay cuatro variables sociales principales que influyen en la determinación de locus de control que desarrollarán los niños. Estas variables fueron el afecto, es decir la forma en que los padres sienten y expresan su afecto al niño; la naturaleza, la frecuencia y la calidad del soporte emocional y el instrumento de ayuda que se les da a los niños por parte de los padres; dominancia, esto se refiere a la frecuencia e intensidad de los intentos de los padres para influenciar y controlar al niño a través del establecimiento de reglas y regulaciones; por último el rechazo, que se refiere a la insatisfacción de los padres con las conductas y la personalidad de sus hijos y la frecuencia e intensidad de sus críticas y conductas punitivas. Al final de este estudio se encontró que los niños que sugerían ideas de control interno son los que obtienen de sus padres afecto y además de no ser víctimas del rechazo y de las críticas severas por parte de estos. Esto supone que estos niños mantenían una reacción positiva con sus padres a diferencia de los niños que presentaron ideas de control externo, los cuales mantenían relaciones con sus padres con características de rechazo y de crítica punitiva. (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

En un estudio de Virginia Crandall realizado en 1973 se observa la importancia de la conducta maternal durante los primeros 10 años, lo que es uno de los antecedentes sociales y familiares más importantes en la determinación del tipo de locus de control por el que se guiarán los adultos jóvenes (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

Guanars, Reimanis en 1971 presentó datos acerca de una investigación realizada en diferentes grupos de edad de niños, los cuales iban desde el primer hasta el tercer grado de escuela elemental, estos niños fueron seleccionados en base a los resultados derivados de una prueba de Battle y Rotter a la escala de Bialer y a los rangos que presentaban los maestros. Fueron dos grupos uno experimental y uno control; se realizaron pruebas semanales durante 3 meses con los maestros que se hicieron cargo del grupo experimental. Estos procedieron a difundir métodos dentro del salón de clases que iban guiados a desarrollar los sentimientos y el control interno. Estos maestros daban a los niños una atención individual con respecto al aprendizaje acerca de su comportamiento y consistencia de su medio ambiente. En

las subsecuentes sesiones continuaron reforzando dichas conductas y se observó que los niños pertenecientes a éste grupo se orientaban más hacia el grupo de control interno que los niños del grupo control. También se encontró que aún sin estar en una situación experimental la conducta del académico (maestro) influye en la orientación que habrá de adoptar el niño (Lefcourt, 1984).

John Maters en 1970 realizó un estudio con adolescentes rebeldes los cuales fueron sometidos a una terapia que estaba enfocada a la reducción de las conductas rebeldes por medio de una orientación hacia el locus de control. Finalmente se encontró que los sujetos que durante la terapia se inclinaron hacia la internalidad cesaban en sus conductas de rebelión y se mantenían por más tiempo en su nueva conducta, al contrario de aquellos que se mantuvieron en la orientación externa y que mantuvieron sus conductas y actitudes de rebelión .

Otros estudios son aquellos que relacionan al Locus de Control con las diferencias que existen entre las diferentes culturas y niveles socioeconómicos. A continuación se describen algunos de ellos:

Una investigación realizada por Battle y Rotter en 1963 demostró que los niños raza negra y de clase baja son más externos que los niños blancos. Este mismo resultado fue obtenido por Ladwing en 1966 cuando evaluó el locus de control en una población de prisioneros adultos. Con estos estudios se pudo observar que la probabilidad de que los negros-americanos fueran más externos que los blancos-americanos era extraordinariamente alta (Lefcourt, 1984).

También se hicieron comparaciones con hispanos que viven en Estados Unidos, una de estas investigaciones fue la realizada por Coleman en 1966 en la cual encontró que tanto los puertorriqueños-americanos como los mexicoamericanos de la high school son significativamente más externos que los blancos.

Por otra parte, Garza y Ames en 1974 realizaron una investigación con estudiantes mexicoamericanos y estudiantes angloamericanos, encontrando que los primeros son más internos que los segundos, específicamente en lo que respecta a las escalas de destino-suerte.

Con este estudio se contradicen muchas investigaciones realizadas anteriormente por lo que atribuyen esto a que la cultura de los mexicoamericanos en la actualidad se orienta a una percepción de control interno. Los estudios realizados por Jessor en 1968 y Tyler y Holsinger en 1975 con nativos americanos (navajos y chepewa) y blancos, mostraron que los nativos son más externos que los blancos (Lefcourt, 1984).

Hsieh, Shybut y Lotsof en 1969 compararon chinos de 17 años nacidos en Honk Kong con chinos nacidos en Estados Unidos y angloamericanos. Encontraron que los chinos americanos eran significativamente más externos que los angloamericanos y relativamente menos externos que los chinos. Resultados similares fueron los mostrados por Coleman en 1966, cuando en una investigación encontró que los orientales nacidos en los Estados Unidos eran más externos que los angloamericanos.

McGinnes y Ward en 1974 demostraron que los resultados que se obtienen en lo relacionado con el locus de control y la cultura dependen del país en que se realiza el estudio, ya que en casi todos los estudios realizados se han encontrado que los resultados son muy variables, es decir, que con las migraciones realizadas en todos los países del mundo la mezcla de las culturas hace muy difícil que se encuentre una constante en cuanto a locus de control que predomine en determinada sociedad o cultura. Por esta razón es muy importante que se realicen estudios y se tomen en cuenta los aspectos culturales y sociales de los sujetos que forman parte de dichas investigaciones. También debe tomarse en cuenta que el instrumento (Escala de Rotter I-E) que se utiliza en la mayoría de estos estudios es unidimensional y por lo tanto muy limitado.

En todas las culturas se ha encontrado que los índices de funciones inadecuadas son características de una persona con orientación externa y no de una con orientación interna. También se ha relacionado el locus de control externo con desordenes como: ansiedad, neurosis, alteraciones de humor y baja autoestima.

Tres estudios realizados por Butterfield en 1964; Rayke y Katahn en 1968; y Tolor y Reznikoff en 1967 muestran una relación significativamente y consistente entre la ansiedad y el locus de control externo (Hernández, 1995).

En lo que se refiere a la relación entre neurosis y locus de control Morelli, Krottinger y Moore en 1979 hipotetizaron que la externalidad podría relacionarse positivamente con la neurosis por el inventario de personalidad de Eysenck. Ellos encontraron que la escala de internalidad y la de cambio estaban relacionadas con la neurosis, por lo que Levenson en 1981 arguye que esto podría reflejar la posibilidad de que algunos aspectos de externalidad podrían no ser indicadores de enfermedad u orientación mal ajustada (Hernández, 1995).

Otros estudios son los que se refieren a la autoestima, los cuales mostraron que en los estudiantes estadounidenses la mayor internalidad se asociaba a una mayor autoestima (Ruiz y García, 1990).

En lo que se refiere a los cambios de humor, Goss y Morosko en 1970; Barnes, Brown y Keating en 1971; Platt y Eisenman en 1968; y Powell y Vega en 1972, encontraron que las personas que son más externas son las que con mayor probabilidad pueden tender más a ser depresivos que aquellas personas que tienen una orientación interna (Hernández, 1995).

Por otro lado también se relaciona el locus de control con acciones e ideologías políticas, en lo que a esto se refiere se encontró que la externalidad fue relacionada positivamente con la acción social pero no así con las minorías, es decir los hispanos y asiáticos nacidos en Estados Unidos. Estos resultados fueron sustentados por Lao en 1970, cuando en un estudio mostró que los negros norteamericanos estaban relacionados con actividades e individuos que estaban en contra del sistema (Lefcourt, 1984).

También se ha encontrado que el locus de control tiene una relación muy estrecha con el status socioeconómico. Estudios como el de Battle y Rotter en 1963 y Bartel en 1968 lo confirman, pues con sus resultados muestran que los niños de 4o grado, de clase media fueron significativamente más internos que los niños de clase baja del mismo grado; y que los niños negros norteamericanos fueron más externos que los niños blancos de clase baja, sin embargo en la comparación de los blancos y negros de clase media no encontraron diferencias significativas. La mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos concluyen que los miembros pertenecientes a los grupos minoritarios (asiáticos, hispanos, negros y nativos) son más externos que los blancos norteamericanos (Lefcourt, 1984).

Una larga parte de la vida de las personas la dedican al trabajo, por lo tanto se supone que las tareas de trabajo junto con la estructura organizacional en la que ellos están formados, deben tener un considerable efecto en las expectativas de las personas y su personalidad. Por ello se han realizado estudios basados en la elección ocupacional y elección de carrera como una función de locus de control del individuo, generalmente no concuerdan con la comprobación de la teoría del desarrollo de una carrera pero tal vez sí con la indentificación simple de asociaciones entre el locus de control y la actividad asociada con la elección de carrera y su ocupación.

La típica predicción de los investigadores es que los internos expenderán más esfuerzo que los externos en la elección de su carrera y su futura ocupación que le permita hacer uso de sus habilidades personales e iniciativa. Estas diferencias son probablemente mayores en situaciones donde ellos tienen oportunidades para la elección de carrera.

Marasek y Frasch en 1977 usaron muestras pequeñas de mujeres graduadas para su investigación y reportaron que hay una diferencia en la elección de trabajo y la preparación profesional con las mujeres no graduadas, así como en el locus de control interno-externo. Ellos reportaron que los externos se comprometen menos en las carreras, pero que durante sus carreras tuvieron menos actos delictivos y también reportaron que estos sentían más disconformidad que los internos en cuanto a la violación de roles estereotipados. Burlin obtuvo resultados similares en 1976 con mujeres jóvenes, descubriendo que las internas tenían más probabilidades de elegir su ocupación ideal que las externas. Estos dos estudios sugieren que en las mujeres jóvenes orientadas internamente había una mayor probabilidad de elegir ocupaciones no tradicionales o innovadoras como su elección ideal (Lefcourt, 1984).

Wertheim, Widow y Wortzel en 1978 examinaron la personalidad y la sociodemografía correlacionadas con la elección de 4 profesiones ocupacionales; eligieron dos hombres con profesiones tradicionales (derecho y administración) y dos mujeres con profesiones tradicionales (educación y trabajo social) no encontrando diferencias significativas entre los estudiantes internos externos (Lefcourt, 1984).

Giles en 1977 investigó la relación entre locus de control y el voluntariado para el

enriquecimiento de su trabajo, usando una muestra de mujeres trabajadoras de una fabrica. El locus de control no predijo la conducta de voluntariado para la muestra en total, sin embargo, los internos que estuvieron descontentos con sus trabajos tenían más probabilidades de ser los voluntarios para el enriquecimiento de sus trabajos más que los externos.

Hamer y Vardi en 1981 concluyeron que los internos juegan un rol más activo en el progreso de sus carreras, de esta manera ellos llegan a tres conclusiones (citados por Lefcourt, 1984):

1. Los internos son más probables que escojan trabajos que tienen más altos requerimientos de habilidades y proveen más autonomía personal

2. Los internos algunas veces reportan más esfuerzos que los externos en la planeación de sus carreras.

3. Casi en todos los estudios e investigaciones los internos usan los autoreportes como medidas para la planeación de sus trabajos.

La mayoría de los estudios que han sido examinados tienen una relación directa entre el locus de control de los empleados y la forma de realizar su trabajo. Y se ha reportado que los internos ejecutan mejor su trabajo que los externos.

Ruble en 1976 encontró que los internos ejecutan y participan mejor en actividades de decisión de grupos, en cambio los externos ejecutan mejor en las actividades de dirección de grupo lider.

Lawler en 1971 define a los internos como individuos que atribuyen el logro a esfuerzos personales y a sus habilidades, y tenían más probabilidades de percibir que el esfuerzo fue relacionado a la ejecución. Los externos tienen más probabilidad de percibir la ejecución y los reforzamientos como contingentes de otros factores de esfuerzo personal (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

En la organización del trabajo la estructura formal organizacional y el contenido del trabajo puede llevar al estrés de los empleados.

Gemmill y Heisler en 1972 reportaron una correlación positiva y el locus de control con una muestra simple de gerentes norteamericanos. Los internos reportaron bajo estrés porque ellos se encontraron situados en situaciones de bajo estrés. También se encontró que ellos tienen pocos momentos estresantes porque ellos mismos cambian el ambiente que se los produce (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

Organ y Greene en 1974 realizaron estudios con empleados científicos y con ingenieros que estaban dedicados a la manufactura de equipo electrónico. Estos autores predijeron, siguiendo a Rotter, que los internos podrían estar más alertas que los externos a los aspectos del ambiente que les proveen el acceso a información para sus conductas futuras. Encontraron que algunos internos estaban más frustrados e insatisfechos en sus situaciones laborales ya que en ella no recibían información clara para las expectativas de su conducta futura en el trabajo (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

Algunos estudios reportaron que los individuos internos tienen más satisfacción en sus trabajos que los externos. Estas investigaciones, generalmente tratan de explicar que en las situaciones de trabajo, los externos sienten que tienen poco control sobre el reforzamiento del trabajo que los internos y por lo tanto poca satisfacción, más que los internos.

Kimmons y Greenhaus en 1976 y Runyon en 1973 demandan que los internos se involucren más en sus trabajos que los externos (Lefcourt, 1984).

Sekaran y Mowday en el año de 1981 aseguran que los internos reportan más involucramiento en sus trabajos que los externos porque en sus trabajos tienen altos niveles de autonomía, tareas importantes, variedad y cambio. En la misma línea Runyon en 1973 asegura que los internos tienen más probabilidad de involucrarse mejor en sus trabajos que los externos porque ellos tienen internalizada la ética del trabajo.

Algunos escritores como Butter y Lewis en 1973 sugieren que la gente mayor se vuelve más externa en su orientación, por que ellos están en un estado de vida donde los cambios

tanto personales como de ambiente a la restricción de la autonomía personal incrementa (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

En lo que se refiere al campo de salud, se han realizado investigaciones relacionando este rubro con el locus de control.

En un estudio experimental Krantz y Stone en 1978 no mostró diferencias en el locus de control entre mujeres jóvenes y viejas, pero la edad fue un significativo moderador de las relaciones encontradas entre locus de control y las reacciones en las experiencias de fracaso (Lefcourt, 1984).

Existen muchas anécdotas que evidencian y que sugieren que la actual falta de control o sentido de impotencia puede llevar a dramáticas y negativas consecuencias psicológicas y fisiológicas. Por ejemplo en 1960 Bettelheim describe el desfile de cadáveres en los campos de concentración Nazi, lo que representa otra instancia en la cual un aparente sentimiento de pérdida de control sobre una situación cualquiera puede causar aversión a la vida y esto puede culminar en muerte, se conozcan las causas o no.

Cromwell, Butterfield, Brayfield y Curry en 1977 estudiaron a 229 pacientes cardiacos y a otro grupo (control) de 80 pacientes médicos. Los pacientes coronarios fueron significativamente más externos que el grupo control, y el tratamiento tuvo un impacto diferencial en los pacientes variando sus creencias internas-externas y encontraron que el locus de control es el mejor predictor de muchas enfermedades físicas e índices bioquímicos, los cuales fueron monitoreados durante la estancia de los pacientes en el hospital (Lefcourt, 1984).

Furthermore y Beatty en 1982 arguyen que los cambios en la actividad del sistema nervioso central están relacionados sistemáticamente con los cognitivos.

Strickland en 1978 revisó algunas investigaciones que sugerían que las creencias acerca del control I-E indican que los internos son más probables de asumir responsabilidad para con su salud que los externos.

Fotopoulos, Cook y Larsen en 1975 examinaron la relación entre el locus de control y la temperatura en la piel en 32 mujeres y en 32 hombres con su locus de control muy externo. Ellos reportaron que la temperatura de la piel fue significativamente alta por sujetos con locus de control externo, también reportaron que la temperatura más alta fue la de los hombres (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

En otro estudio, Gatchel en 1975 expuso una tarea a sus sujetos: incrementar y decrementar su ritmo cardíaco, que se concentraran en su corazón y que trataran de hacer que los ritmos de su corazón disminuyeran. Gatcher reportó que los internos podían incrementar mejor su ritmo cardíaco. El investigador concluyó que el locus de control influye en la forma de controlarlo. McCanne y Lotsof en 1980, también examinaron la tasa cardíaca y la actividad electrodermal, examinaron a 24 hombres y a 24 mujeres los cuales fueron divididos de acuerdo a su locus de control usando la escala de Rotter. Los autores concluyeron que los sujetos externos manifestaron una desaceleración en la respuesta del ritmo cardíaco (Lefcourt, 1984).

Gagner en 1974 estudió a un grupo de estudiantes I-E y su relación con la actividad electrodermal. Gagner y sus colaboradores concluyeron que las creencias acerca del autocontrol tienen relevancia para el control voluntario de las funciones autónomas.

Ollendick y Murphy en el año de 1977 argumentaron que los sujetos orientados externamente tienen más respuesta a la inducción de la relajación basada en la tensión y relajación de músculos. Por otro lado las personas con orientación interna tienen mejores respuestas a la forma cognitiva de la relajación.

Houston en 1972 investigó acerca de 2 factores expuestos por Lazarus en 1966, éstos eran la percepción de amenaza y las reacciones subsecuentes a una situación potencial de estrés. Houston afirmaba que el grupo de sujetos que percibían tener ellos algo de control sobre condiciones donde estaban expuestos a shock, reportaban menos ansiedad pero que tendían a mostrar un gran incremento en su ritmo cardíaco en comparación con el grupo control (Lefcourt y Hillsdale, 1977).

De Good en 1975 también investigó la interacción del control conductual y el uso interno-externo, utilizando procedimientos de shock, a los sujetos se les permitía escapar temporalmente del shock. Este autor concluyó que el incremento en la resistencia periperal y de reflexión en la presión diastólica tuvo mucha respuesta a la influencia de locus de control.

La información puede ejercer control y Thompson incluyó esta variable en su tipología de investigación. La información provista a los sujetos era acerca de los eventos aversivos que se les presentaban, la cual tomo forma de señal de garantía y de seguridad, esta información era acerca de las sensaciones que ellos experimentarían y acerca de las causas de tal evento. Las reacciones psicológicas anticipatorias para evitar el shock fueron presentadas por los sujetos que manifestaban un locus de control interno, y en cambio los que manifestaban un locus de control externo no pudieron evitar el shock a pesar de que se les brindó la oportunidad de hacerlo.

Folkman observó en sus estudios sobre locus de control y la percepción de eficacia que el no creer en la eficacia de uno mismo podría generar pasividad, y en los extremos podría ser asociado con una sensación de incapacidad lo cual le podría generar depresión.

Jorge La Rosa y Rolando Díaz Loving (1991) realizaron investigaciones con el locus de control para evaluar el autoconcepto, en el formato del diferencial semántico. Participaron en la investigación 2626 sujetos de ambos sexos de estudiantes de universidad y preparatoria de la Ciudad de México. Se hicieron diversos estudios piloto hasta llegar a la forma actual del instrumento: A) identificación de las dimensiones importantes del autoconcepto; B) identificación de los objetivos y de sus antónimos para describir y evaluar al individuo en las dimensiones propuestas; C) dos aplicaciones del instrumento. Se encontraron cuatro dimensiones fundamentales del autoconcepto: social, emocional, ética y ocupacional.

La dimensión social fue representada en tres factores: sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad. La dimensión emocional también se presentó en una manera tripartita: estados de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional.

Otra investigación realizada por Jorge La Rosa (1991) en Brasil, tuvo el objetivo de construir una escala que midiera locus de control en la población de dicho país. Para

lograr este objetivo se realizaron 3 estudios piloto con alumnos de 1ro, 2do y 3ero. Grado de ambos sexos. En el primer estudio se identificó los reforzadores y las fuentes de control; en el segundo estudio construyó dos escalas para la aplicación piloto, las escalas fueron construidas a partir de 2 resultados del estudio que es la internalidad instrumental, alienación sociopolítica o control de poderosos del macrosistema social, suerte, y control por los poderosos del microsistema social; finalmente en el 3er estudio queda constituida la escala con 61 reactivos, algunos de los cuales fueron sustituidos por otros más representativos de acuerdo a la muestra. Las respuestas alternativas se dieron en un continuo que va de totalmente en desacuerdo (1), bastante en desacuerdo (2), poco desacuerdo (3), poco de acuerdo(4), bastante de acuerdo (5) y totalmente de acuerdo (6). Las respuestas estaban puntuadas de tal manera que cuanto más alto fuese el puntaje de una determinada escala, mayor era la creencia en aquella fuente de control.

En un estudio realizada por La Rosa, Díaz Loving y Andrade Palos (1992), se tuvo por objetivo determinar las características psicométricas de las escalas de Rotter en 1966 y de Levenson en 1974 traducidas al español para medir el locus de control. En este estudio participaron 289 estudiantes universitarios de la Ciudad de México cuyos datos fueron sometidos a análisis factoriales y análisis de consistencia interna. De los resultados se infiere que traducir una escala hecha en una cultura y aplicarla en otra sin estudios previos de validez y confiabilidad compromete la confiabilidad científica de dichos estudios.

El locus de control ha sido relacionado con muchos tipos de psicopatologías incluyendo las conductas adictivas. Las adicciones que más han sido estudiadas son el alcoholismo y el tabaquismo.

Para la conducta de beber los resultados obtenidos han sido menos consistentes, puesto que en algunas investigaciones los alcohólicos son más internos que los no alcohólicos. Por otra parte Zeiner, Stanitis y Spurgeon y Nichols en 1985 reportaron que los alcohólicos que fumaban tenían un locus de control más externo que los bebedores sociales (Johnson, 1978).

Por otra parte, James, Woodruff y Werner en 1965; Penny y Robinson en 1986; Clarke, MacPherson y Homes en 1982 encontraron que los fumadores eran más externos que los no

fumadores. Moltt en 1975 y Rosenbaum y Argon en 1979 reportaron que los individuos que tuvieron éxito en sus intentos para dejar de fumar eran más internos que aquellos que continuaron fumando. En un grupo de tratamiento, la reducción del consumo de cigarrillos fue asociado con el desarrollo de una orientación más interna, pero el cambio solo fue temporal (Johnson, 1978).

En estudios realizados por Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshvsky en 1984; Barton, Chassin, Presson y Sherman en 1982; Evans, Rozelle y Mittlemark, Hansen, Bane y Havis en 1978, con una escala de locus de control específicamente para fumadores y con la escala de Rotter I-E. Estos autores mostraron que las presiones sociales y señales externas son fuertes influencias en la conducta de fumar (Bradley y Georgiou, 1992).

Por otra lado se han hecho numerosas clasificaciones las más comunes son: fumadores adictivos, adictos no fumadores, no adictos fumadores y no adictos no fumadores; de estos cuatro grupos los que reportaron ser más externos fueron los individuos que pertenecían al grupo de fumadores adictos. Con todo lo anterior se puede concluir que los aspectos cognitivos de la adicción pueden ser más importantes que los aspectos físicos

El conocimiento de los aspectos cognitivos que intervienen para que una persona fume puede ser una gran ayuda para el desarrollo de estrategias para abandonar la conducta de fumar y para emprender campañas preventivas (Bunch y Schneider, 1991).

El locus de control ha sido investigado en varias poblaciones de fumadores y no fumadores usando una variedad de medidas de generalización para el control. Estos estudios han encontrado una relación consistente que indica que los fumadores son más externos que los no fumadores. También se ha encontrado que los internos tienen más éxito en sus intentos para abandonar la conducta de fumar y a mantenerse en la abstinencia (Johnson, 1978).

Un estudio realizado en la Ciudad de México, fue el que realizaron Flores y García (1998), con una población de la Clínica de Tabaquismo del INER. Para la realización de este estudio se aplicó el Inventario de Ideas Irracionales (IBI), y encontraron que en la idea número 5, referente al locus de control, los sujetos mostraron un locus de control interno con un puntaje de 30.

Sin embargo se puede observar que se han hecho pocos estudios con respecto a la relación fumadores- locus de control y esto solo en el extranjero, pues en nuestro país este tipo de investigaciones no han sido realizadas. Es por esta razón que en el presente estudio se investigó la relación entre locus de control y el hábito de fumar, en población mexicana.

CAPITULO V.
PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA CLINICA DEL INER.

A principios de la década de los 30's, los doctores Ismael Cosío Villegas y Donato Alarcón iniciaron una nueva generación de fisiólogos comprometidos a la práctica de métodos científicos para el estudio y el tratamiento de la tuberculosis y con la realidad social y política de un país que luchaba por construir un mejor futuro.

Por su parte, el doctor Gea González dio impulso a la primera campaña sistemática contra la temible enfermedad, pues más de 30 dispensarios fueron construidos en el país, se inició la construcción del sanatorio para tuberculosos de la beneficencia pública en Huipulco, nombre con el que nació el que hoy conocemos como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) (Martínez, 1995).

Por otra parte, el México rural comenzó a dar paso a un país cada vez más urbanizado e industrializado, de esta manera incrementaron las enfermedades y la problemática sanitaria que tendrían que enfrentar los especialistas del pulmón, ésta es la época en que la fisiología se convierte en neumología, pues la modernización trajo consigo nuevas variables en la patología no tuberculosa del pulmón.

Desde su nacimiento y a lo largo de todos estos años este sanatorio jugó un papel muy importante en el desarrollo de la neumología, ya que fue aquí en donde se practicó el primer neumotórax extrapleural en 1936, además la cadena de innovaciones en el estudio de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias se consolidó como parte esencial de esta institución. De esta manera incremento la asistencia clínica, en el número de camas y de recursos tanto en calidad como en cantidad.

Ya como Instituto de Enfermedades Pulmonares Huipulco, en 1975 nació una actividad de mayor trascendencia en su historia : La inauguración de la primera unidad de investigación para este tipo de enfermedades.

En 1982 se transforma en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en donde la investigación y la enseñanza para la formación de nuevos profesionistas de la neumología se convierten en objetivos importantes así como la propia asistencia clínica.

Los especialistas del INER han tenido que enfrentarse con una serie de nuevas enfermedades (infecciones de las vías respiratorias, enfermedades obstructivas crónicas, cáncer pulmonar, etc.) causadas por el tabaquismo, la contaminación y la alta concentración de la densidad poblacional; todas estas enfermedades al igual que la tuberculosis afectan al aparato respiratorio. Por lo que los neumólogos se han visto en la necesidad de crear con ayuda de la biotecnología moderna nuevos métodos para el diagnóstico oportuno y el tratamiento de dichas enfermedades.

En un intento por combatir una de las causas precursoras de las enfermedades respiratorias el INER y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) crean en 1982 la clínica de tabaquismo, la cual tendría como objetivo primordial el estudio del hábito tabáquico tanto desde un punto de vista psicológico como médico; en la parte psicológica se cumple con el objetivo de tratar al fumador atendiendo a los procesos psicológicos que motivan y mantienen la adicción, a través de grupo (12 sesiones) y el Club de exfumadores que tiene lugar una vez cada mes. En cuanto a la parte médica ésta diagnóstica y orienta desde la perspectiva médica a través de exploración física, espirometría, electrocardiograma, radiografía de tórax. Además la Clínica de Tabaquismo también trabaja a nivel de prevención brindando pláticas informativas sobre tabaquismo a escuelas, empresas y otras instituciones.

En 1986 se integró el Departamento de Rehabilitación Respiratoria del INER y en 1993 se separó de éste para constituirse en el Departamento de Investigación en Tabaquismo.

A partir de este momento muchas personas llegaron a solicitar el servicio para dejar de fumar, por lo que la clínica estableció criterios específicos de inclusión para el tratamiento, los cuales son: ser mayor de 18 años, ser alfabeto, tener como mínimo 2 años de ser fumador y la ausencia de trastornos psiquiátricos como psicosis, trastornos graves de personalidad, neurosis graves, periodos depresivos incapacitantes, retardo mental, etc.; ya que el tratamiento es grupal y estos pacientes en ocasiones no se integran al grupo terapéutico y tienden a sabotear el tratamiento.

Después de dicha selección se procede a integrar los grupos terapéuticos para que de esta forma se cumpla el objetivo por el cual los pacientes asisten a la clínica, esto se logrará a través del tratamiento el cual se basa en modificar algunos hábitos que hasta ahora han causado daños en su salud, esto se intenta en el INER con técnicas de reestructuración cognitiva.

La importancia de incluir estos procedimientos en el tratamiento para dejar de fumar se debe a que muchos pacientes llegan con información inadecuada, incorrecta o falsa, lo que los imposibilita a resolver sus problemas ocasionándoles ansiedad e inseguridad. Además generan diversos temores irracionales o injustificados como ya se a visto con anterioridad, estas cogniciones llevan a que los pacientes continúen con el hábito de fumar, por esto la importancia de modificarlas (Martínez, 1995).

Los métodos de reestructuración que se encuentran en el marco teórico del tratamiento de la Clínica de Tabaquismo del INER son: corrección de información, alto al pensamiento y la modificación de ideas irracionales (Martínez, 1995).

A continuación se describe el tratamiento que se lleva a cabo en la Clínica de Tabáquismo, el cual consta en 12 sesiones, dos veces por semana de 1 1/2 horas.

1a. Sesión. Se inicia con la explicación de la psicoterapeuta al grupo de los objetivos generales del tratamiento con la presentación de cada uno de los miembros quienes exponen sus motivos para dejar de fumar, sus intentos y expectativas previas y si de alguna forma a afectado el tabaquismo en su salud y en sus relaciones interpersonales, en lo económico y en lo social; la cantidad de cigarrillos que fuman por día, sus años de fumar y la manera en que se enteraron del tratamiento y como se lo imaginan. También se da lectura a un contrato terapéutico en el que se especifican sus derechos y compromisos durante su estancia en el programa, el cual, de estar de acuerdo tienen que firmar.

Por otra parte la psicóloga explica la consideración del tabaquismo como una farmacodependencia en su dobles aspecto: la dependencia física y la dependencia psicológica. Se les habla también sobre el síndrome de abstinencia y los motivos afectivos que se dan para

dejar de fumar. Finalmente se les proporciona un autoregistro para anotar los cigarrillos que consumen durante la primera semana (en la que seguirán fumando), comenzando a controlar la forma de hacerlo y haciendo conciencia sobre la misma. Se les avisa que dejarán de fumar en la tercera sesión.

2a. Sesión. Se revisan los autoregistros y cada paciente saca sus propias conclusiones sobre su forma y motivos de fumar con la terapeuta. El objetivo de esta sesión es explicar los aspectos psicológicos que subyacen la conducta de fumar como motivos de inicio y mantenimiento del tabaquismo y las explicaciones cognoscitivas y conductuales que dificultan su abandono.

Al término de esta sesión los pacientes se vuelven a llevar su autoregistro que llenarán igual que el anterior. Se les da la cosigna de que a la siguiente sesión deberán presentarse sin fumar habiendo dejado de hacerlo desde las 0 horas de ese día.

3a. Sesión. Los pacientes se presentan sin fumar, trabajándose ese día sus temores y expectativas en general, sobre todo, la ansiedad despertada al dejar de fumar. La terapeuta les proporciona una lista de sugerencias y a partir de esa sesión se les prescribe un chiclet con nicotina como apoyo al síntoma de abstinencia.

4a. Sesión. Está dedicada a evaluar los sentimientos de los participantes, por estar sin fumar y la forma en que han percibido y manejado la situación de forma individual. Al finalizar esta sesión se les aplica el Cuestionario de la Personalidad de Eysenck con el propósito de obtener el perfil de cada paciente.

5a. Sesión. En esta sesión se imparte una plática médica por el neumólogo de la clínica, el cual hace mención de todos los riesgos y las consecuencias que sobre la salud provoca la conducta de fumar.

6a. Sesión. Se les imparte una plática sobre ejercicios respiratorios y acondicionamiento físico por el neumólogo, ío oa.omíoióa.

7a. Sesión. En esta sesión la psicóloga realiza con ellos ejercicios de relajación.

8a. Sesión. En esta sesión la psicóloga les muestra una película sobre los aspectos nocivos de la campaña publicitaria del tabaco.

9a. Sesión. La terapeuta explica a los pacientes los aspectos psicodinámicos de la publicidad en tajaquismo y da la plática con apoyo audiovisual (diapositivas y videocassettes).

10a. Sesión. En esta sesión se analizan los pensamientos acerca de que próximamente concluirá el tratamiento y se les proporciona una dieta para controlar el peso.

11a. Sesión. Se revisan los motivos de reincidencia en el hábito de fumar y la forma de afrontarlos y evitarlos.

12a. Sesión. En la última sesión se autoevalúa verbalmente y por escrito el logro individual, en el tratamiento, el papel del instituto, de la clínica y del personal que los atendió.

Al terminar el programa de tratamiento se invita a los pacientes a que asistan a las sesiones mensuales del "Club de ex fumadores", las que tienen lugar los terceros miércoles de cada mes, teniendo como objetivo apoyar el mantenimiento de la abstinencia del uso del tabaco.

Los pacientes son revisados por el médico al inicio del tratamiento y al final del tratamiento se les entregan los resultados obtenidos.

Antes de dar inicio con el tratamiento se realiza una entrevista psicológica y un estudio socioeconómico con la trabajadora social de la Clínica. Posteriormente durante el tratamiento se aplican instrumentos de evaluación para diagnosticar e investigar los motivos de los pacientes, se aplican los siguientes instrumentos: La Entrevista Psiquiátrica Moderada, Tests de Motivos para Fumar de Rusell, Tests de la Personalidad de Eysenck y algún otro instrumento adicional para investigación dependiendo de las investigaciones que se estén llevando a cabo durante ese periodo. La Clínica realiza cuatro protocolos de investigación al año (INER, 1988).

CAPITULO VI.

INVESTIGACIÓN.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. ¿Cuál es el perfil del Locus de Control de los fumadores que asisten a la Clínica de Tabaquismo del INER?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el perfil del Locus de Control a través de la Escala de La Rosa (1986).

OBJETIVOS PARTICULARES.

- Obtener las medias de cada una de las subescalas de la Escala de Locus de Control de La Rosa (1986).
- Establecer las interrelaciones entre las cinco subescalas a través de la prueba de Spearman.

- Establecer las diferencias entre las cinco subescalas del inventario a través del análisis de varianza de Friedman.

HIPOTESIS.

Si existe una significancia estadística entre las cinco subescalas del instrumento de Locus de Control de Jorge La Rosa (1986) en los fumadores que asisten en la clínica de Tabaquismo del INER.

VARIABLES.

V.I. Tabaquismo.

V.D. Locus de Control

DEFINICION DE VARIABLES.

Variable Independiente: Tabaquismo. Esta variable es atributiva, debido a que no ha sido manipulada; se considera al tabaquismo como "conducta adictiva que consiste en tomar un cigarrillo, encenderlo, aspirar y expirar el humo y los demás componentes que se despiden durante la combustión del tabaco" (INER, 1988).

Variable Dependiente: Locus de Control. Es la creencia que se tiene a qué factores controlan su vida, de acuerdo al inventario de La Rosa (1986) y que cuenta con cinco subescalas, previamente descritas en el capítulo V.

METODO.

Diseño.

Se utilizó un diseño no experimental (expostfacto), que consiste en una búsqueda sistemática y empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por intrínsecamente no manipulable. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre ellas, sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente (Kerlinger, 1990, p.p. 394).

Sujetos.

El muestreo empleado fue no probabilístico e intencional; "no probabilístico porque éste tipo de muestras no emplean la extracción aleatoria, y es intencional porque se caracterizan por el empleo del criterio por un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra" (Kerlinger, 1990, pág. 135).

La muestra constó 54 sujetos, 30 hombres y 24 mujeres inscritos en el programa para dejar de fumar de la Clínica de Tabaquismo del INER, estos sujetos cumplieron con criterios predeterminados de inclusión para un grupo de terapia para dejar de fumar. Estos criterios son los siguientes:

- Ser alfabeta
- Ser mayor de 18 años de edad
- Tener como mínimo dos años de tabaquismo

- Fumar como mínimo 10 cigarrillos al día
- Ser aceptado en uno de los grupos de terapia, después de haber sido evaluado psicológicamente a través de la entrevista psiquiátrica.
- Posteriormente la trabajadora social realiza una entrevista socioeconómica para determinar las variables sociodemográficas de los sujetos y con ello determinar el costo de su tratamiento.

Aparatos y/o materiales.

Se empleó:

La Escala de Locus de Control de La Rosa (1986). Esta escala está constituida por 60 reactivos que incluyen cinco subescalas las cuales son:

- Fatalismo/suerte.
- Poderosos del macrocosmos.
- Afectividad.
- Internalidad instrumental.
- Poderosos del microcosmos

Las respuestas a los reactivos se dan en un continuo de cinco puntos (tipo liker), variando de completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5). Además, consta de instrucciones adecuadas de sinceridad y datos relativos a sexo, escolaridad, edad, ocupación y estado civil.

Situación Expe. mental.

El lugar donde se llevó a cabo la aplicación de la escala de Locus de Control de La Rosa, fue en un salón que tiene una adecuada iluminación, ventilación y buena acústica. Este salón pertenece a la Clínica de Tabaquismo del INER y es donde se lleva a cabo las terapias

de grupo, por lo que este cuenta con sillas tanto para los miembros del grupo terapéutico como para las terapeutas; también dispone de un pizarrón, televisión y videograbadora (para materiales audiovisuales).

Personal.

La Escala de Locus de Control fue aplicado tanto por las psicólogas clínicas, encargadas de la terapia grupal, adscritas a la clínica de Tabaquismo, así como por las pasantes de psicología que presentan esta investigación.

Procedimiento.

- 1) Antes de iniciar el tratamiento se realiza una entrevista de evaluación con una psicóloga, esta evaluación se realiza a través de la Entrevista Psiquiátrica Moderada y del cumplimiento de los criterios de inclusión antes mencionados, esto para determinar si se acepta o no al candidato en el grupo terapéutico.
- 2) Una vez que se concluye la entrevista de evaluación y que el candidato ingresó al tratamiento, se le proporcionará en la 1ra. sesión la Escala de Locus de Control para que la conteste de forma individual en presencia de la psicóloga y de las pasantes de psicología, explicándoles de forma adecuada las instrucciones para que procedan a contestarla.
- 3) El siguiente paso fue explicarles de forma sencilla y adecuada las instrucciones para que procedieran a contestar el inventario, el cual tardaron, aproximadamente, en contestarlo de 20 a 30 minutos.
- 4) Se recogieron los cuestionarios contestados por los integrantes de estos grupos terapéuticos para proceder al análisis de datos. Este proceso duró aproximadamente 4 años, hasta que se reunieron los sujetos que conforman la muestra presentada en esta investigación.

Tratamiento y Análisis de datos.

En el presente estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS, con la finalidad de que arrojara los resultados de las siguientes pruebas estadísticas: media o promedios, el cual se utilizó para obtener el perfil de la muestra; análisis de varianza de Freadman, para observar si existían diferencias estadísticamente significativas en el instrumento empleado; correlación de Spearman, se utilizó con la finalidad de observar la relación entre las cinco subescalas del instrumento de Locus de Control; finalmente se realizó un análisis factorial, el cual tuvo el propósito de observar como se manejaban los sujetos de esta muestra dentro de las cinco subescalas del inventario.

Para realizar las pruebas se utilizó el paquete estadístico SPSS (Nie, Norma, H.,1975), definiéndose estas de la siguiente manera:

- 1) Media. Se define como "la suma de un conjunto de puntajes dividida entre el número total de puntajes del conjunto". (Levin, Jack; 1979, p. 42).
- 2) Análisis de Varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman. Tiene como objetivo: "probar la hipótesis de nulidad de que las K muestras han sido sacadas de la misma población... se emplean datos ordinales y muestras relacionadas" (Siegel, 1986, p. 195).
- 3) Correlación de Spearman: "es la medida de asociación que requiere que ambas variables sean medidas por lo menos en una escala ordinal de manera de que objetos o individuos en estudio puedan colocarse en dos series ordenadas" (Siegel, 1986 p. 233). Una correlación positiva significa que a medida que una variable crece, la otra también crece. Una correlación negativa significa que a medida que una variable crece, la otra decrece. (Huntsberger, David V. y Billingsley, Patrick, 1989, p. 305).
- 4) Análisis Factorial. "es un nombre genérico dado a una clase de método de estadística multivariable que propone principalmente ser un dato de sumarización y reducción" (Hair, Anderson, Tatham y Grablovsky, 1979, p. 218).

CAPITULO VII.

RESULTADOS

La muestra de sujetos que participó en el presente estudio, se conformó de 24 mujeres siendo el 44.44% y 30 hombres que corresponden al 55.56% del total de la muestra (Fig. 1); en lo que respecta al estado civil 10, es decir el 18.52% eran solteros, el 55.6% o sea 30 eran casados, 11 divorciados lo que equivale al 20.37%, 1 (1.85%) viudo y 2 esto es el 3.70% vivían en unión libre (Fig. 2). La ocupación de estos sujetos se distribuyó de la siguiente manera: 15 personas (27.78%) se dedicaban a sus profesiones universitarias, 9 (19.66%) a ventas, al hogar 10 (18.51%), 2 eran estudiantes (3.70%), 10 empleados (18.51%), de 2 de ellos su ocupación era el arte (3.70%), 2 ya estaban jubilados (3.70%), 2 albañiles (3.70%), y 2 no tenían ocupación (3.70%), dicha distribución se puede observar en la figura 3.

En cuanto a la escolaridad se encontró que: el 7.41% es decir 4 personas habían cursado la primaria, otro 7.41% (4) la secundaria, el 38.89% (21) la preparatoria o una carrera técnica, el 35.18% que corresponde a 19 sujetos de la muestra habían concluido una licenciatura, en tanto 7.41% (4) tenían maestría y finalmente el 3.70% (2) tenían un doctorado (Fig. 4). El promedio de edad de los sujetos de la muestra fue de 44.39 años con un rango de 24 a 73 años, la distribución de frecuencia por edad se muestra en la tabla 1.

En otro sentido se tomo en cuenta que cada una de las subescalas se pueden calificar del 1 al 5. Además dado que el cuestionario de Locus de Control esta dividido en cinco subescalas y que cada una de ellas esta formada por diferente número de reactivos, fue necesario homogeneizar los puntajes transformándolos a porcentajes que permitieran hacer comparaciones entre las mismas.

Los resultados obtenidos a través de las medias, y que se muestran en la Fig. 5, se describen de la siguiente manera: La subescala con un mayor promedio o media fue la de Internalidad Instrumental (86.02), seguida por Poderosos del Macrocosmos con 59.60, por Afectividad que obtuvo 48.58, Poderosos del microcosmos (43.92) y finalmente Fatalismo/Suerte que tuvo el promedio más bajo con 38.89.

De acuerdo al Análisis de Varianza por rangos de Friedman se encontraron los siguientes resultados con un nivel de significancia de .05: en internalidad instrumental un rango de 4.89, en Poderosos del Macrocosmos se obtuvo 3.49, el de Afectividad fue de 2.76, a Poderosos del microcosmos le correspondió 2.27 y a Fatalismo/Suerte el 1.59. Ver tabla 2.

En el análisis realizado a través de las correlaciones de Spearman se observó que existen relaciones significativas entre las 5 subescalas del instrumento: Fatalismo/Suerte y Poderosos del Macrocosmos tuvieron una correlación de 0.400 con un nivel de significancia del .001, en la de Fatalismo/Suerte y Afectividad fue de 0.634 con un nivel de significancia del .000, en Fatalismo/Suerte y Poderosos del microcosmos de 0.663 con un nivel de significancia del .000, Poderosos del Macrocosmos y Afectividad obtuvo una correlación de 0.271 con un nivel de significancia del .024 y en Poderosos del Macrocosmos y Poderosos del microcosmos fue de 0.366 con un nivel de significancia del .003, en Afectividad y Poderosos del microcosmos fue de 0.534 con un nivel de significancia del .000. Cabe mencionar que todas estas correlaciones son positivas, no así la última correlación la cual fue negativa y esta es la existente entre Internalidad Instrumental y Poderosos del microcosmos que fue de -0.390 con un nivel de significancia del .002. Ver tabla 3.

Finalmente se llevó a cabo un análisis de factores, obteniéndose los siguientes resultados, en un patrón de matriz rotada tipo varimax: en donde se encontraron 2 factores a los cuales se les denominó, externo al primer factor y al factor 2, interno. Se observó que la subescala Fatalismo/Suerte (.885), Afectividad (.787) y Poderosos del microcosmos (.847) se encuentran relacionadas con el factor externo, mientras que la subescala Internalidad Instrumental (.935) se relaciona con el factor interno; por su parte la subescala de Poderosos del Macrocosmos (.589, factor interno y .526, factor externo) se encuentra oscilando entre ambos factores tal como se muestra en la tabla 4 y la figura 6.

FIGURA NO. 1 GÉNERO

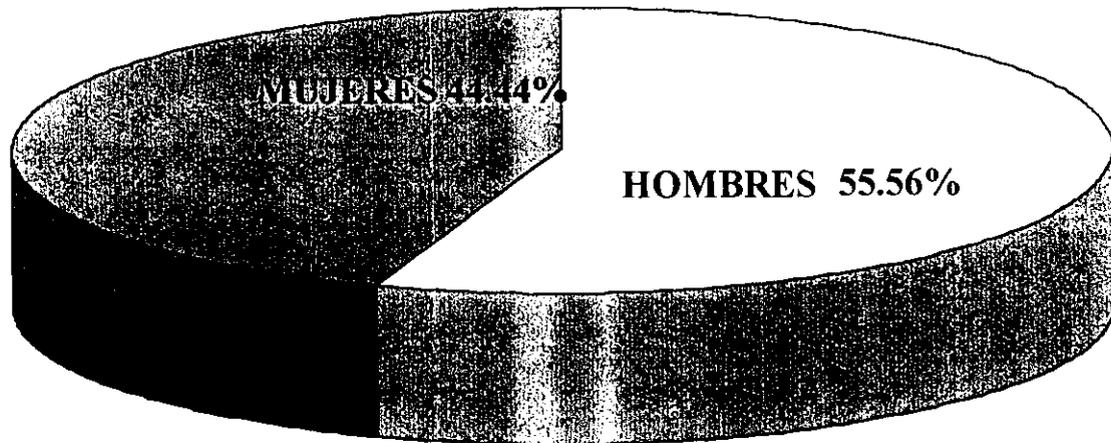


FIGURA No. 2 ESTADO CIVIL

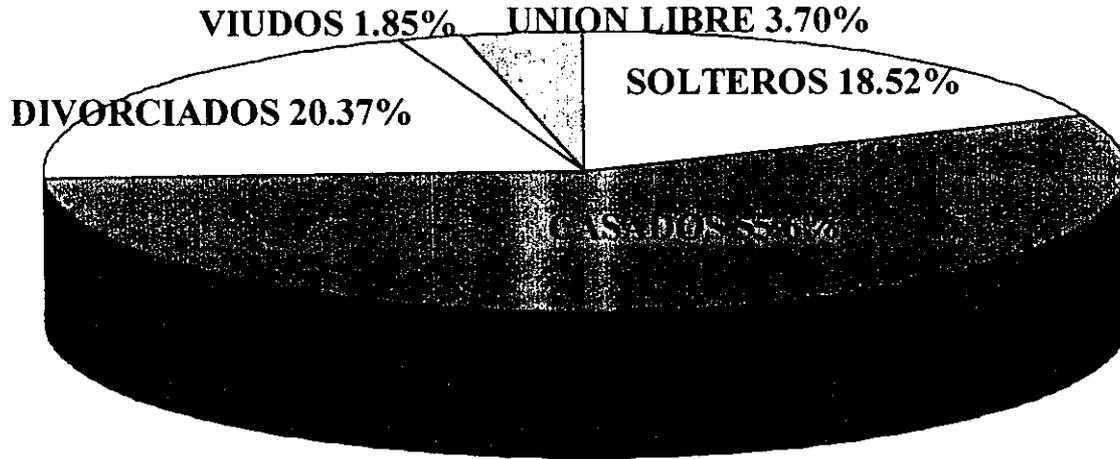


FIGURA NO. 3 OCUPACION

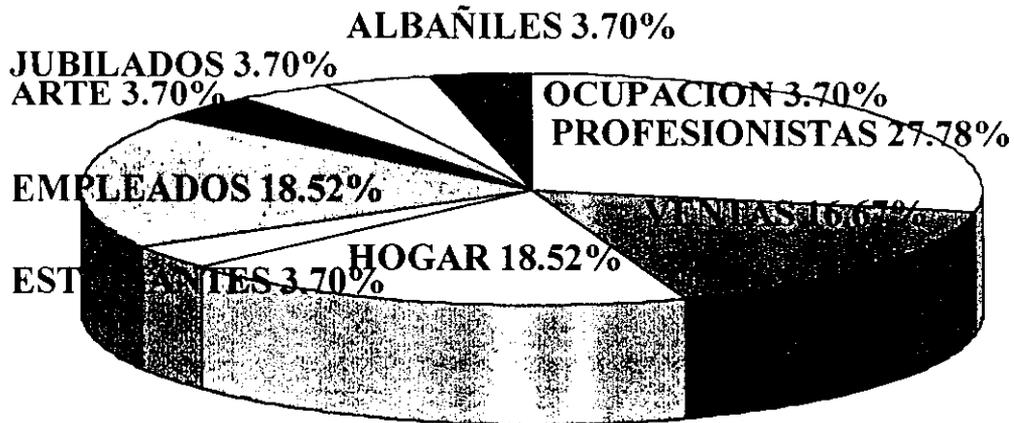


FIGURA NO. 4 ESCOLARIDAD

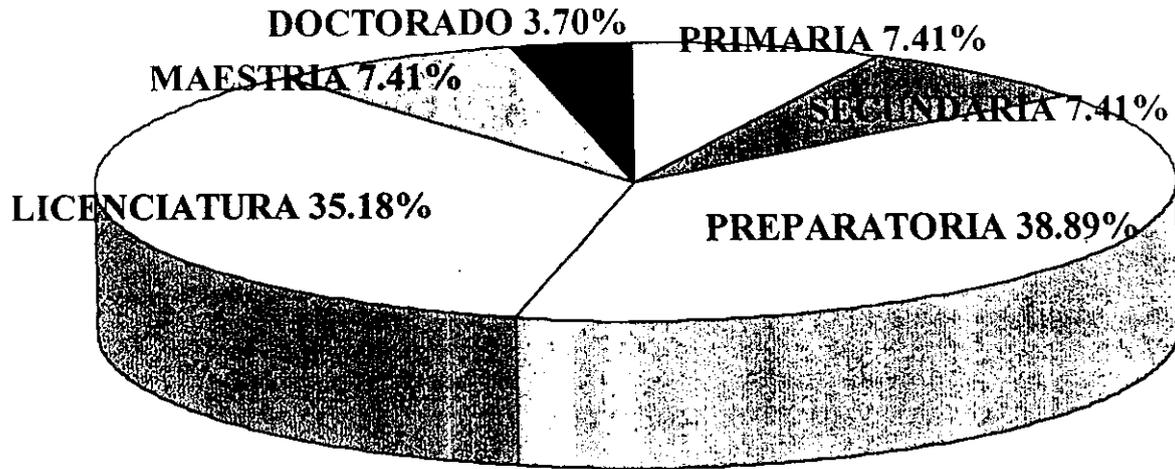


TABLA NO. 1 RANGOS DE EDAD

<i>RANGOS DE EDAD</i>	<i>NO. DE PERSONAS</i>
DE 21 A 25 AÑOS	2
DE 26 A 30 AÑOS	4
DE 31 A 35 AÑOS	3
DE 36 A 40 AÑOS	14
DE 41 A 45 AÑOS	9
DE 46 A 50 AÑOS	9
DE 51 A 55 AÑOS	7
DE 56 A 60 AÑOS	1
DE 61 A 65 AÑOS	2
DE 66 A 70 AÑOS	2
DE 71 A 75 AÑOS	1

FIGURA NO. 5 MEDIAS

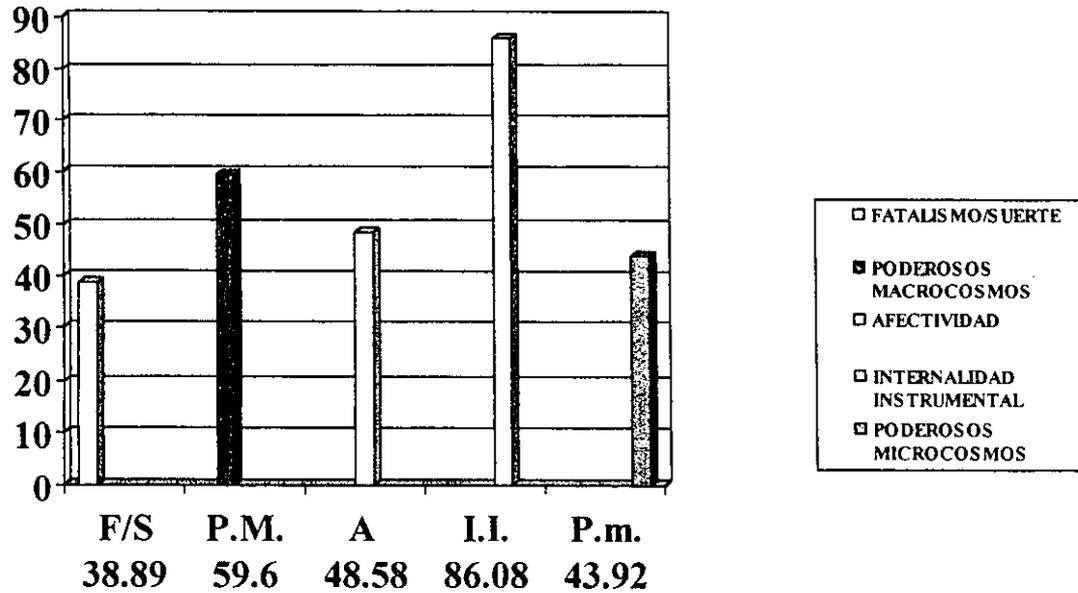


TABLA NO. 2 FRIEDMAN

<i>SUBESCALAS</i>	<i>RANGOS</i>	<i>NIVEL DE SIGNIFICANCIA</i>
FATALISMO/SUERTE	1.59	.05
PODEROSOS DEL MACROCOSMOS	3.49	.05
AFECTIVIDAD	2.76	.05
INTERNALIDAD INSTRUMENTAL	4.89	.05
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	2.27	.05

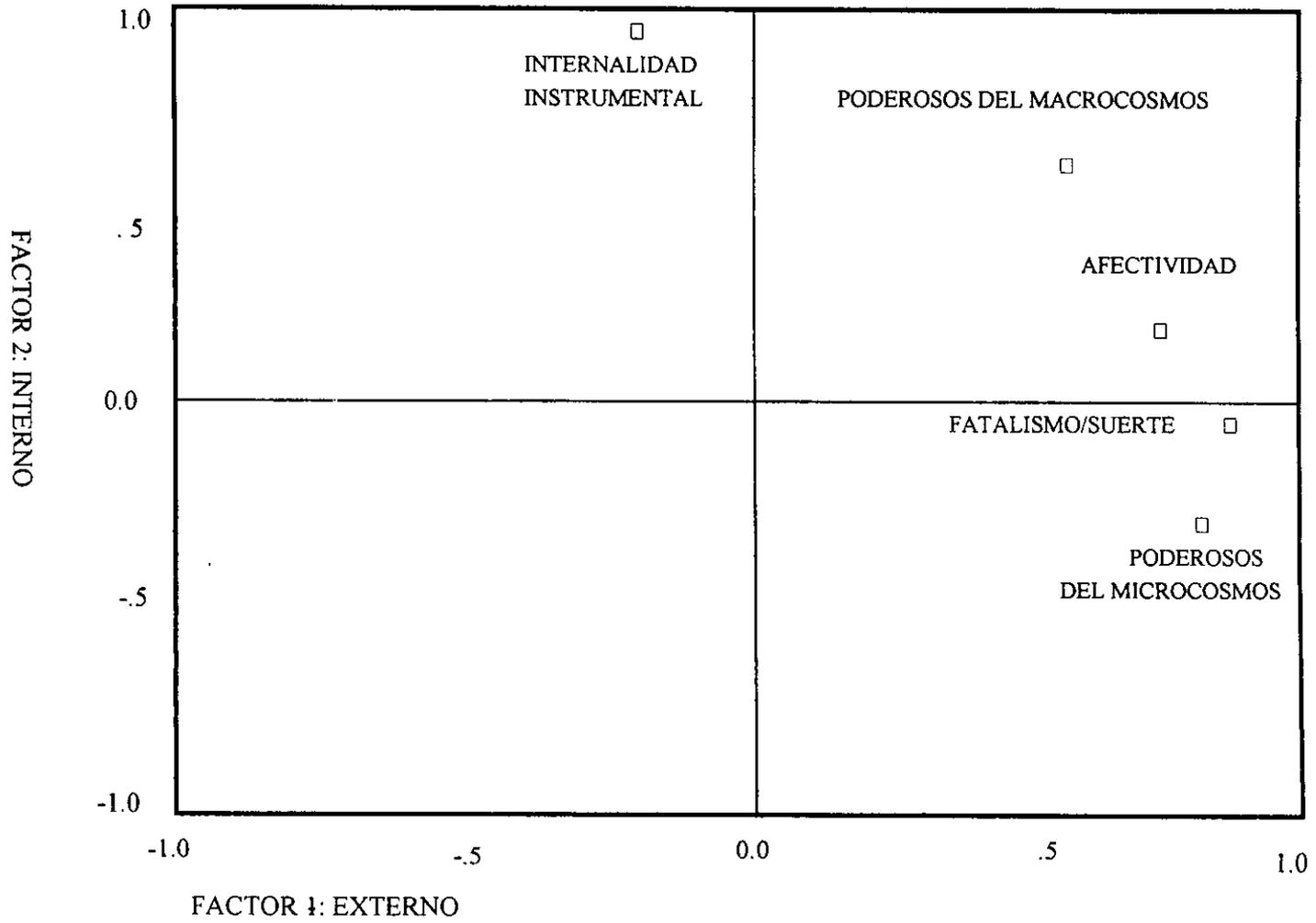
TABLA NO. 3 CORRELACIONES DE SPEARMAN.

	SUB ESCALA	FATALISMO/ SUERTE	PODEROSOS MACROCOS	AFFECTIVIDAD	INTERNALID INSTRUM	PODEROSOS MICROCOS
	FATALISMO/ SUERTE	1.000	.400	.634	-.171	.663
	PODEROSOS MACROCOS	.400	1.000	.271	.237	.366
<i>CORRELACION</i>	AFFECTIVIDAD	.634	.271	1.000	.069	.534
	INTERNALID INSTRUM	-.171	.237	.069	1.000	-.390
	PODEROSOS MICROCOS	.663	.366	.534	-.390	1.000
	FATALISMO/ SUERTE		.001	.000	.109	.000
	PODEROSOS MACROCOS	.001		.024	.042	.003
<i>SIG (1-TAILED)</i>	AFFECTIVIDAD	.000	.024		.309	.000
	INTERNALID INSTRUM	.109	.042	.309		.002
	PODEROSOS MICROCOS	.000	.003	.000	.002	

TABLA NO. 4 ANALISIS DE FACTORES

<i>SUBESCALA</i>	<i>FACTOR 1 (EXTERNO)</i>	<i>FACTOR 2 (INTERNO)</i>
FATALISMO/ SUERTE	.885	-7.381E-02
PODEROSOS MACROCOSMOS	.589	.526
AFECTIVIDAD	.787	.136
INTERNALIDAD INSTRUMENTAL	-.151	.935
PODEROSOS MICROCOSMOS	.847	-.326

FIGURA NO. 6 ANALISIS FACTORIAL
COMPONENTES EN ESPACIO ROTADO



CAPITULO VIII.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.

Antes de iniciar con las conclusiones y la discusión, es importante hacer hincapié en que los resultados que aquí se presentan son exclusivos de los sujetos pertenecientes a la muestra que se estudio de esta investigación.

Por medio de los datos demográficos se observo que en lo que respecta al género el 44.44% corresponde a 24 mujeres y el 55.56% a 30 hombres. Con respecto al estado civil es notorio que la muestra esta conformada por el 55.60%, esto es 30 casados; mientras que el resto de la población se distribuyo en los diferentes estados civiles.

En lo que se refiere a la ocupación se pudo observar que el 27.78%, es decir 15 sujetos que participaron en este estudio se dedican a sus profesiones universitarias siendo la ocupación con más alto porcentaje, pues las demás se distribuyeron de la siguiente forma: ventas con el 16.67%, hogar el 18.52%, empleados el 18.52%, estudiantes, arte, jubilados, albañiles y sin ocupación (desempleados) con el 3.70% respectivamente. Estos datos se relacionan con la escolaridad que fue muy alta en esta muestra, pues se encontró que el 38.89% tiene preparatoria, el 35.18% licenciatura, el 7.41% maestría y el 3.70% doctorado, en tanto que los que tienen primaria y secundaria son el 7.41% respectivamente.

Por otra parte, se encontró que 34 de las 54 personas se encuentran en un rango de edad de 36 a 53 años, considerándose este como la edad más productiva desde el punto de vista económico.

La configuración de la muestra se observó con una elevación de 86.02 en la subescala de Internalidad Instrumental como la más alta, siguiéndole la de Poderosos del Macrocósmos con 59.6, la de afectividad con 48.58, Poderosos del Microcósmos con 43.92 y en último lugar la subescala de Fatalismo/Suerte con 38.89. Lo que se confirma con los resultados obtenidos

por medio de la prueba de análisis de varianza de rangos de Friedman, observándose que todas las subescalas tienen un nivel de significancia del .05.

Lo que conduciría a considerar que esta población tiende a un Locus de Control Interno, esto si se interpretará en una forma aislada y "limitada", sin embargo esto se ve reforzado con lo obtenido a través de las variables sociodemográficas, esto es que dado que la mayoría son hombres, en edad productiva y que se ocupan en trabajos en donde ejercen sus profesiones universitarias, se orientan hacia la creencia de que lo que obtengan deberá ser por medio de sus propios esfuerzos y habilidades.

La elevación de la escala de Internalidad Instrumental y la consideración de los datos anteriores nos sugiere considerar que la mayoría de los sujetos de esta muestra piensan que todo lo que obtienen se debe solo a sus habilidades y capacidades. En consecuencia, se observo que la subescala de fatalismo-suerte fue la que menor puntuación tuvo, pues al creer que ellos tienen la capacidad para conseguir lo que se propongan, no dependerán de la suerte o el destino para tener éxito en sus empresas, otra posible explicación es que las personas que tienden a pedir ayuda son aquellas que se encuentran orientadas hacia lo interno y no suelen dejar su vida en manos de la suerte, cabe mencionar que esta muestra es cautiva pues ellos solicitaron el apoyo terapéutico para dejar de fumar, lo que los diferenciaría de los demás fumadores; pues estos últimos suelen abandonarse a los efectos o gratificaciones que obtienen de las diferentes drogas (entre ellas el tabaco) que ingieren, mostrando así una clara orientación hacia lo externo, lo que es confirmado por Buch y Schneider (1991) en su investigación "Smoking specific locus of control".

En cuanto a las subescalas de poderosos del macrocosmos y poderosos del microcosmos muestran que hay una diferencia significativa entre ambas, pues los sujetos observan un mayor puntaje en la primera; quizás porque creen que son inútiles sus intentos por cambiar el rumbo, que los dirigentes tanto nacionales como internacionales, han dado a algunas situaciones en la vida del país y del mundo (sistema macrosocial). Mientras tanto en poderosos del microcosmos podrían pensar que es más factible influir en las decisiones de las personas que poseen el "poder" de dirigir sus vidas y que se encuentran dentro de un sistema microsocia como por ejemplo: su familia, los jefes, etc.; y que además las situaciones que se

presenten en este marco, pueden manejarlas de forma directa y lograr que se modifiquen. En ambas situaciones se encuentra que el hecho de que algunas personas con cierto poder o autoridad y que ejercen un control sobre otras personas con el hábito de fumar, suelen llegar (estas últimas) a altos niveles de estrés, lo que intensifica este hábito, pues como ya se mencionó en el marco teórico grandes cantidades de tabaco tienen un efecto relajante en el organismo, aunado a esto la dependencia psicológica lo lleva a asociar al cigarro con una fuente reductora de estrés y al mismo tiempo de control.

En la subescala de afectividad se observó un puntaje alto lo que significaría que estas personas tienen una gran necesidad de afecto y de aceptación, esto mismo puede observarse en la investigación realizada por Flores y García (1998), en donde se hizo un muestreo de fumadores e ideas irracionales, encontrando que la idea irracional número 1 (necesidad de aceptación y afecto) se encuentra alta. Lo que se interpretaría de la siguiente manera: que los sujetos de esta muestra, creen que brindando afecto o demostrándose afectuosos podrán lograr sus propósitos y/u obtener de otras personas lo que deseen; por otra parte, también podría interpretarse como que los sujetos necesitan y demandan afecto favoreciendo de esta forma su relación con el cigarro.

En lo referente a la prueba de correlación de Spearman se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las cinco subescalas del instrumento de La Rosa (1986) y que casi todas las correlaciones fueron positivas a excepción de una. Se encontró que la correlación existente entre las subescalas de fatalismo-suerte y poderosos del macrocosmos es significativa, lo que quiere decir que los sujetos de la muestra, mientras más creen en la suerte y la fatalidad más creen que otros poderosos, de un sistema macrosocial, influirán en sus vidas. En la relación de fatalismo-suerte y afectividad se interpreta que cuanto más creen que el destino y el azar influye en ellos, también creen que por medio del afecto obtendrán lo que deseen o necesiten; la correlación de fatalismo-suerte y poderosos del microcosmos se mostró con un alto nivel de significancia, lo cual indica que cuando piensan que la fatalidad y la suerte les afectan, también piensan que otros poderosos que se encuentran dentro de un marco microscópico pueden influir en sus decisiones y por lo tanto en el rumbo que tomen sus vidas. Otras subescalas que tienen una correlación entre sí son: poderosos del macrocosmos y afectividad, sin embargo, esta no es tan significativa como las anteriores, pero se puede decir

que tanto piensen que otros poderosos les indiquen el camino que han de seguir, creerán que por medio del afecto podrán lograr sus objetivos o metas; en cambio la correlación de poderosos del macrocosmos y poderosos del microcosmos muestra una relación más significativa, es decir que cuando creen que otros poderosos (macrocosmos) influyen en ellos, también piensan que los otros poderosos del microcosmos lo harán de la misma forma. Las subescalas de afectividad y poderosos del microcosmos sostienen una correlación significativa, lo que indicará que cuando creen que el afecto es un instrumento para conquistar sus metas, más piensan que otros poderosos del microcosmos también tienen el poder de alterar su vida. Por otra parte, se encontró una correlación de tipo negativo, entre las subescalas de internalidad instrumental y poderosos del microcosmos, lo que revela que cuando creen que todo lo que les pasa y obtienen es el resultado de sus esfuerzos, habilidades y capacidades, creen que los poderosos del microcosmos no son capaces de influir en ellos ni en sus logros.

Al obtener los resultados del análisis de factores, se observó que las subescalas fatalismo-suerte, poderosos del microcosmos y afectividad se ubicaron en el factor 1, al cual se le denominó externo, lo que indica que estas pertenecen a la dimensión de externalidad, aunque la de afectividad esta considerada en el instrumento creado por Jorge la Rosa como interna, por lo cual sería conveniente revisar la forma en que están planteados los reactivos que pertenecen a dicha subescala, los cuales dan la impresión, en algunos momentos, de estar orientados a saber si con el afecto podemos obtener gratificaciones de otras personas o de algún objeto, en el caso de los sujetos de este estudio sería el cigarrillo, para sentirse bien o lograr las metas propuestas y en otros momentos se ven orientados a explorar la afectividad del individuo. En el factor 2, denominado: interno, se encontró que solo una subescala se encuentra altamente relacionada con él, esta es la de internalidad instrumental, por lo que podemos aseverar que es totalmente interna como es considerada en el instrumento original. La subescala de poderosos del macrocosmos se encuentra oscilando entre ambos factores, lo que quiere decir que los sujetos que participaron en este estudio creen que a veces pueden influir y en ocasiones no, en las decisiones de otros poderosos (macrocosmos), sin embargo es importante hacer notar que esta subescala tiende a dirigirse levemente, hacia el factor externo. A través de esta prueba estadística, se observó que los sujetos de esta muestra no son tan internos como pudiera pensarse al observar los resultados obtenidos por medio de las medias o promedios, sino que se muestran como más orientados hacia lo externo, ya que 4 de las cinco subescalas están más cercanas al factor externo.

Finalmente, se podría concluir que a pesar de que a primera instancia se pudiera considerar como una muestra con tendencia a un Locus de Control Interno, al realizarse un análisis estadístico más profundo e integral se observó que esta muestra se orienta más hacia un Locus de Control Externo entendiendo las características que hacen que estos sujetos dependan del cigarro en el afrontamiento y solución de las situaciones que se les presentan en su vida cotidiana como el estrés, el llenar un vacío en el aspecto afectivo, en la aceptación a un grupo de pertenencia determinado, etc. (esto quizá se deba a que el instrumento utilizado en esta investigación no solo mide internalidad-externalidad como una dicotomía sino que a través de las cinco subescalas observa la multidimensionalidad del Locus de Control y de cómo la mayoría de las personas hacen uso de esto en la vida cotidiana). Esto último confirma algunas de las investigaciones que se expusieron en el marco teórico, las cuales están dirigidas a las adicciones y al tabaquismo y que concluyen que los adictos, en general, tienden a una orientación externa; caracterizándolos como dependientes a algo externo (sustancias, conductas y personas) e incapaces de abandonar por sí mismos sus adicciones, pues estas promueven gratificaciones tanto físicas como psicológicas, compensando las carencias afectivas y de control sobre su ámbito social.

Cabe señalar la relevancia que tiene el conocer las cogniciones o pensamientos que llevan a las personas a iniciarse y mantenerse en el hábito de fumar, ya que si no se logran reestructurar de forma adecuada, inevitablemente reincidirán; puesto que al terminar un tratamiento el paciente volverá a su mismo ámbito social y familiar, que probablemente lo llevaron a iniciarse en esta conducta. Por otra parte también es importante tomarlo en cuenta para emprender campañas de prevención que logren impactar a la población, de manera eficaz y desde ese punto evitar que los niños y jóvenes cedan ante las estrategias de los medios publicitarios para comenzar a fumar y que no solo se quede a nivel remedial.

Es importante mencionar que esta investigación tiene limitaciones, como el no haber consolidado un perfil, debido a la complejidad que esto conlleva, pues se tratan de variables psicológicas (como el locus de control) que se encuentran en una dinámica y por lo tanto no se mantienen estáticos.

Las limitaciones de este estudio son:

- 1) La muestra fue cautiva.
- 2) La inexistencia de un grupo control.
- 3) La falta de información acerca del tema de investigación: locus de control en fumadores, en México.

Así como hubo limitaciones, también hay alcances como son:

- 1) Da la apertura a futuras investigaciones relacionadas con adicciones aceptadas socialmente.
- 2) Ser una de las investigaciones pioneras en el estudio de la relación que existe entre el Locus de control y el tabaquismo.
- 3) Resalta la importancia de investigar las causas de inicio y de mantenimiento de las adicciones, como un intento para emprender campañas de prevención a esta problemática de salud, social y ambiental.
- 4) Da la pauta, de que en los programas de intervención se consideren las cogniciones de los sujetos que se encuentran en proceso de dejar de fumar, o bien de abandonar cualquier otra droga.
- 5) Proporcionar información, particularmente, acerca de fumadores y Locus de Control.

Por lo que se sugiere:

- 1) Que las muestras sean con el mismo número de hombres y mujeres, de diferentes niveles socioeconómicos, escolares.
- 2) Que se utilice un grupo control.
- 3) Extender este tipo de investigaciones a las poblaciones que no solicitan apoyo terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

Aragónés, R. (1981): El Tabaquismo. Tesis. México: UNAM.

Bradley, C.; Georgiou, A. (1992): *Psychology and Health*. The development of a smoking-specific locus of control scale. Vol. 6. Páginas 227-246. Inglaterra.

Bailey, S. L. (1992): *American Journal of Public Health: Adolescent's Multisubstance Use Patterns: The role of heavy alcohol and cigarette use*. September. Vol. 82, No. 9.

Banoczy, J. (1977): Follow-up studies in oral leukoplakia. J. Maxillofac. Surg.

Barroso, N.; Estrada, G. (1990): Tabaquismo. México: Trillas.

Benítez, M. L. (1984): Oncogénesis. Rev. Médica. IMSS (22: 53). México.

Bhaskar, S. N. (1979): Patología bucal. 3a. edición. Buenos Aires: El Ateneo.

Brau, J.L. (1972): Historia de las drogas. España: Bruguera.

Brooks, J. R. (1983): Cancer of the pancreas. Surgery of the pancreas. Estados Unidos: Saunders.

Bunch, J. M.; Schneider, H.G. (1991): *Psychological Reports*. Smoking-specific Locus of Control. Vol. 69. Páginas 1075-1081. Estados Unidos.

Cervera, S. (1975): Un signo de nuestro tiempo: las drogas. España: Magisterio Español.

Clavijero F. J. (1958): Historia Antigua de México. Tomo 2. México: Porrúa

Coleman, V. (1988): Adictos y adicciones: Causas, consecuencias y soluciones del mayor problema de salud pública de nuestro siglo. México: Trillas.

Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA). Ene-Feb-Marzo (1992): Hacia una América Latina libre de humo de tabaco.

CREA, Serie de Salud 2 (1982): Problemas de Organización Social: farmacodependencia, alcoholismo y violencia en jóvenes veracruzanos. México.

Cruz Mérida, A.; C. Torres (1987): Bronquitis Crónica. Rev. Neumología Cirugía Tórax. no. 46:1 México.

Cueli, J., Reidl, L.(1972): Corrientes psicológicas en México. México: Diógenes S.A.

De Castella, H. (1982): Non Smoking: A feature of ulcerative colitis. B. Med. J. no. 284.

Dogana, F. (1980): Psicopatología del consumo cotidiano. Barcelona: Gedisa.

Dominguez, B. (1987): Congreso Nacional "50 Aniversario" Soc. Mex. De Neurología y Psiquiatría A.C.: Factores cognoscitivos y conductas adictivas. Morelia, Mich. Feb-1987

Duran Tray, J. (1977): Bioquímica del tabaco. Patología Quirúrgica no. 3.

Ecclestone, E. (1941): Sir Walter Raleigh. Buenos Aires: Pingüino.

Echeverría, P.E. (1988): Antecedentes históricos y efectos del tabaquismo en México. Tesis de Licenciatura de sociología. México: UNAM.

Eiser, J. R.; Eiser, C.; Gammage, P. y Morgan, M.(1989): Health Locus of Control and Health Beliefs in Relation to Adolescent Smoking. British Journal of Adicción. Vol. 84. 1059-1065.

Espinosa, R.; Badui, E. (1986): Infarto del miocardio con coronarias normales. Archivo del Instituto de Cardiología. no. 56. México.

Fielding, J. E. (1985): Smoking: health effects and control (second of two parts). Journal Med. no. 313. N. Engl.

Flores, V.; García, L. (1998): Ideas irracionales de un grupo de fumadores de la Clínica de Tabaquismo del INER: Estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.

Frankl, V. E. (1988): Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona: Herder.

Fromm, E. (1987): Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea: hacia una sociedad sana. México: Fondo de Cultura Económico.

Gelfer, c.; Avila, P. (1991) Ene-Feb-Marzo. Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaco (CLACCTA): Hacia una América Libre de Tabaco. Buenos Aires.

González Carrero, Alfredo (1973): Drogas que producen dependencia. Caracas, Venezuela. Monte Avila editores. 2ª. Edición.

Hair Jr., J.E.; Anderson, R.E.; Tatham, R. L.; Grablovsky, B.J. (1979): Multivariate data Analysis. Oklahoma, USA. Edit. The Petroleum publishing Company.

Hayashi, M. (1988): Ansiedad y tabaquismo. Tesis. México: UNAM.

Hernández Rivera, M. (1995): Agresión y Locus de Control. Estudio comparativo entre primodelincentes y reincidentes. Tesis de Licenciatura. UIC.

Hoffman, D.; E. L., Wynder. (1986): Chemical constituents and bioactivity to tobacco smoke. IARC. Publicaciones Científicas no.74.

INER. Secretaria de Salud Pública (1988). "Tabaquismo": Folletos de divulgación sobre temas de patología respiratoria. México.

Jaffe, J.; Peterson, R.; Hodgson, R. (1980): Vicios y Drogas: problemas y soluciones. México: Harla.

Jick, H.; Walker, A.M. (1983): Cigarette smoking and ulcerative colitis. Journal Med. no. 308. N. Eng.

Johnson, E.K. (1978): Dreatment of smoking as a self-defeating behavior. Journal of psychology, p.p. 37-43.

Kerlinger, F. N. (1985): Investigación del comportamiento: Técnicas y métodos. México. Interamericana.

Kris, J. (1990): Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.

La Rosa, J. (1986): Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validación. Tesis de Doctorado. México. UNAM.

La Rosa, J. (1988): Locus de Control: Una escala multidimensional. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. 4 (2). 43-64

La Rosa, J. (1991): Locus de control: Una escala de evaluación. Psic. Teor. e Pesq., Brasilia. Vol. 7 (3). 327-344

La Rosa, J. (1992): Escalas de Locus de Control: problemas y contribuciones. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 3 (2). 150-154

La Rosa, J.; Díaz-Loving, R. (1991): Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.23 (1). 15-33

Lasky, C. (1988): Funciones del yo en el farmacodependiente. Tesis. México: Universidad Iberoamericana.

Lefcourt, H. M.: Hillsdale, N. J. (1977): Locus of Control. Current Trend in Theory and Research. University of Waterloo. Lawrance Erlbaum Associates Publishers.

Lefcourt, H. M.; O'Brien, G. E.; Blankstein, K. R. (1984): Research with the Locus of Control construct. Vol. 3. University of Waterloo. Lawrance Erlbaum Associates Publishers.

Levin, J. (1979): Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Edit. Harla. México.

Llanos, C. M. (1985): El mundo del tabaco. Madrid: Alhambra.

Makkai, T.; McAllister, I.; Goodin, M. (1994): The International Journal of the Addictions: Public Knowledge about passive smoking; results from a survey in the Australian Capital Territory. Vol. 29 No. 4.

Marcovitz, E.; (1968): Philadelphia Association for Psychoanalysis: On The Nature of Addiction to Cigarettes. March, 31.

Martínez Montes de Oca, G. (1995): La Motivación al Logro como resultado de un Tratamiento para dejar de fumar. Tesis. México: UNAM.

McKay, M.; Davis, M.; Fanning, R. (1990): Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. México: Ediciones Roca.

Mothner, I.; Weitz, A. (1986): Como abandonar las drogas. Barcelona: Martínez Roca.

Natera, G.; Tiburcio, M. (1994): Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario: Transmisión generacional de las adicciones ¿Vulnerabilidad genética o social?. México.

Nie, N.H.; Hull, C.H.; Jenkins, J.G.; Steinbrenner, K.; Bent, D. H. (1975): Statistical Package for Social Sciences. USA. Edit. McGraw Hill.

Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10 (1992): Transtornos Mentales y del Comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid.

Ortiz, A.; Rodríguez (1994): Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. México.

Parry, J. H. (1968): Europa y la expansión del mundo. México: Fondo de Cultura Económica.

Paz Stubrin, Jaime (1980): Drogadicción: identidad y melancolía. Asociación Psicoanalítica Mexicana: Cuadernos de psicoanálisis. Junio, Julio y Septiembre. México.

Ramulu, C. (1973): Nicotine stomatitis and its relation to carcinoma of the hard palate in reverse smokers of chuttas. Journal Dent. Res. no. 52.

Rico Méndez, F. G.; Ruíz Flores, L. G. (1990): Tabaquismo; su repercusión en aparatos y sistemas. México. Trillas.

Rodríguez Figueroa, Carlos A. (1972): Parodoncia. México: Francisco Méndez Oteo.

Rodríguez, C.; Valdespino, J. L.; Gómez, F. (1994): Epidemiología del uso de drogas intravenosas y el SIDA en México. México.

Rosen, R. L. (1986). Insuficiencia respiratoria aguda y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Norte América: Clinica Médica.

Rosenfeld, D. (1976): Estudio sobre la piel, narcisismo, psicosis y adicciones. Buenos Aires: Paidós.

Rosenfeld, H. A. (1988): Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo: una revisión crítica de la literatura psicoanalítica. Vol. I. 3a. Edición. Buenos Aires: Ediciones Horme S. A.

Ruiz González, Rosa Mary ; García Tiburcio, Margarita (1990): Autoconcepto y locus de control en hijos de padres alcohólicos: Estudio comparativo. Tesis de Licenciatura. UIC.

Russell, M. A. H. (1974): The Smoking habit and it's classification. Inglaterra.

Sánchez, S. O. (1968): La flora del Valle de México. México: Herrero.

Servín, F.; Trejo, E.; Zaldivar, A. (1994): Estudio Multidisciplinario de un grupo de individuos bajo mantenimiento crónico con morfina. México.

Shafer, W. G.; Hine, M.K.; B. M. Levy. (1977): Tratado de patología bucal, 3a. edición. México: Interamericana.

Siegel, S. (1991): Estadística no paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. México. Trillas.

Smuck, A. A. (1961): The Chemistry and thecnology of tobacco. Londres.

Soustelle, J. (1977): La vida cotidiana de los aztecas. México: Fondo de Cultura Económica.

Tapia, R. (1986): Tabaquismo. Folleto del Departamento de Medicina Social, Medicina preventiva y Salud Pública. México: UNAM.

Técnicas Médicas de Norteamérica (T. M. N.) (1992): Tabaquismo de cigarrillos guía clínica para la valoración y el tratamiento. Vol. II. México: Interamericana.

Thompson, E. J. (1980). Historia y religión de los mayas. México: Siglo XXI.

Velasco, C. (1994): Tabaquismo. México.

Villatoro, J.; Medina-Mora, M. E.; López, E. (1994): Validación Nacional de una escala para evaluar la dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas (EPPACD). México.

Wassmer, A. (1992): Vivir con un alcoholico: como enfrentar una realidad fatal. México: Selector.

Wolpe, J. (1977): Práctica de la Terapia Conductual. 2a. edición. México: Trillas.

A

N

E

X

O

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ EDO CIVIL _____

CUESTIONARIO (ESCALA LC)

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1) completamente en desacuerdo; 2) en desacuerdo; 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4) de acuerdo; y 5) completamente de acuerdo. Especifique su respuesta dibujando un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Puede mejorar mi vida si le caigo bien a la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. El hecho de que yo tenga muchos o pocos amigos se debe al destino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi futuro depende de mis acciones presentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Me va bien en la vida porque soy simpático (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Mi vida está determinada por mis propias acciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Como estudiante siento (sentí), que las calificaciones dependen mucho de la suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Puedo subir en la vida si tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

33. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mí (padres, familiares, jefes, etc.), trata de decir lo que sucederá en mi vida. 1 2 3 4 5
34. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal. 1 2 3 4 5
35. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí. 1 2 3 4 5
36. Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones. 1 2 3 4 5
37. Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada. 1 2 3 4 5
38. El que yo llegue a tener éxito depende de mí. 1 2 3 4 5
39. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder. 1 2 3 4 5
40. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte. 1 2 3 4 5
41. El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen el poder. 1 2 3 4 5
42. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás. 1 2 3 4 5
43. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país. 1 2 3 4 5
44. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí. 1 2 3 4 5
45. Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder. 1 2 3 4 5
46. Cuando lucho por conseguir algo en general lo logro. 1 2 3 4 5
47. No siempre es bueno para mí, planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte. 1 2 3 4 5
48. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes. 1 2 3 4 5
49. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo. 1 2 3 4 5
50. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder. 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 51. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. En la vida puedo conseguir muchas cosas si soy buena gente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Muchas puertas se me abren porque soy simpático (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y no tengo influencia sobre esto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

POR FAVOR VERIFIQUE SI CONTESTO TODAS LAS AFIRMACIONES.
GRACIAS.