



COLEGIO PARTENÓN S. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“ADIÓS AL CIGARRO” TÉCNICA
GRAFOPROYECTIVA EN ADULTOS QUE
DESEAN ABANDONAR EL HABITO DE
FUMAR**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

PRESENTAN:

**BLANCA ESTELA GARCÍA TORRES
CITLALLI ROMO MARTÍNEZ**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CONCEPCIÓN CRUZ JIMÉNEZ

México, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

CITLALLI ROMO MARTINEZ

A DIOS:

Por sus bendiciones, por ayudarme en todo momento, por darme la vida para llegar hasta este momento.

A MI MADRE:

Por tu ejemplo de superación, por tus consejos, por tu inmenso amor, por tu ayuda incondicional en todo momento, porque sin ti no hubiera logrado esta meta que me propuse, porque supiste guiarme a buen camino, con tus palabras de aliento, porque crees en mí. Por compartir todos mis triunfos y ayudarme a superar mis fracasos. Hoy como agradecimiento a tu esfuerzo y dedicación, te entrego este sueño hecho realidad, que de no haber sido por ti jamás lo hubiera alcanzado, Hoy termine un largo camino en donde no he dejado de sentir tu apoyo, este es nuestro triunfo.

*Gracias mamá
TE AMO.*

A MI PADRE:

Porque me has enseñado que en la vida nada es fácil, por apoyarme en las decisiones que he tomado aunque no sean las que tú quisieras. Por confiar en mí, Por hacerme dudar y con eso abrir la puerta para seguirme preparando. Gracias por tu ejemplo de Profesionalismo.

FERNANDO:

Porque en ti he encontrado a alguien con quien reír, hablar y llorar, porque me has demostrado que la mejor manera de amar es dando libertad y confianza. Te admiro muchísimo, porque con tu ejemplo se que se puede salir de las situaciones mas difíciles de la vida, y que si uno realmente se lo propone puede alcanzar sus mas grandes sueños, te admiro por tu fuerza, entrega y compromiso.

*Gracias por confiar en mí
TE AMO.*

A MI COMPAÑERA Y AMIGA BLANCA

Por tu elección para trabajar juntas en este proyecto, porque a pesar de los obstáculos no nos dejamos caer, gracias por tu comprensión, apoyo, paciencia y dedicación.

BLANCA ESTELA GARCIA TORRES

A Dios.

Por otorgarme la gran oportunidad de poder agradecer todo lo que me a dado, por sus bendiciones, por ayudarme a superar los momentos difíciles que me ha puesto en mi camino y por permitirme poder compartir uno de mis más grandes sueños al lado de esas personas que disfrutan de mis logros y sufren con migo mis derrotas por todo eso y mas Gracias.

A mis Padres.

Que a pesar de ser como soy, a su manera siempre están conmigo, y que sin importar nuestras discrepancias siempre me dan voz y ejemplo. Los amo gracias por estar conmigo.

Papá.

Me enseñaste que en esta vida las cosas no son fáciles, con cada llamada de atención, me diste fortaleza, lo cual me ayudo para demostrarme que a pesar de todos los obstáculos que se encuentran en el camino, con perseverancia y si se quiere, siempre se puede.

Mamá.

Por ese gran ejemplo de nobleza y perseverancia así como de lucha por lo que uno desea y por esa gran paciencia que te caracteriza, en especial conmigo. Y principalmente por darme la vida y que sin importar nada has iluminado mi camino.

A mis Hermanos.

Por su apoyo y cariño, en especial a ti Angel por tratar de en tenderme y respetar mis decisiones así como el confiar en mi y apoyarme cuando te he necesitado, hermanito te amo y no claudiques sigue esforzándote para superarte ya que mereces lo mejor.

A ti.

Que se claramente que no es necesario que te de las gracias, ya que este apoyo que siempre me has dado ha sido sin ningún interés, gracias por todo lo que de ti he recibido, por que me has guiado, orientado y escuchado cuando lo he necesitado. Y sobre todo aguantado. Mil gracias.

A mi compañera y amiga Citlalli.

Por convivir conmigo a lo largo de la carrera, y compartirme tus conocimientos y experiencias durante este viaje que emprendimos juntas así como la dedicación para la realización de este proyecto que a pesar de todos los obstáculos que se nos aparecieron en el camino, amiguita lo logramos.

** La historia demuestra que los más notables triunfadores, se enfrentan a unos obstáculos descorazonadores antes de triunfar. Ganaron porque se negaron a dejar que sus derrotas los desanimaran. (B. C: Forbes).*

A nuestra Directora de Tesis:

Lic. Concepción Cruz Jiménez, nuestro más profundo agradecimiento por su tiempo, esfuerzo, dedicación, conocimientos, observaciones, recomendaciones, sugerencias, así como el apoyo y confianza que nos brindo para la realización de este proyecto que ahora es una realidad.

A nuestras Lectoras:

Lic. Eva Ibarri y la Lic. Luz Virginia Azpeitia, por las aportaciones hechas para el mejoramiento de este proyecto así como el brindarnos sus enseñanzas a lo largo de la carrera.

Lic. Alfredo Vilchis.

Por el apoyo en el área académica y administrativa, para la realización de este proyecto.

Jennifer Osio E.

Por las facilidades y apoyo otorgado para la realización de este proyecto dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

**Finalmente a todos aquellos que nos apoyaron a lo largo de este proyecto con sus aportaciones, así como a los que confiaron y los que dudaron de nosotras.*

A todos y cada uno de ustedes

Muchas Gracias.

I N D I C E

	PAG.
RESUMEN.	10
INTRODUCCIÓN.	11
MARCO TEÓRICO	
Capitulo I TABAQUISMO	
1.1 Definición del concepto mas importante sobre el tema	13
1.2 Antecedentes históricos del tabaquismo	15
1.3 El tabaquismo en México	23
1.4 Antecedentes del tabaquismo como adicción	29
1.5 La adicción al tabaco	33
1.6 Diagnostico de la adicción al tabaco	37
1.7 Tabaquismo asociados a ciertos trastornos mentales	43
1.8 La adicción tabaquica	45
1.9 Aspectos medico-físicos del tabaquismo	53
1.10 Aspectos fisiológicos del tabaquismo	56
1.11 Aspectos psicológicos del tabaquismo	63
1.12 Aspectos psicosociales del tabaquismo	69
Capitulo II TECNICAS GRAFOPROYECTIVAS	
2.1 Definición	72
2.2 Antecedentes	73
2.3 Definiciones de Técnicas Proyectivas	77

2.4 Antecedentes	81
2.5 Teoría de las técnicas proyectivas grupales	84
2.6 Análisis de los registros de las Técnicas Proyectivas Grupales	87
2.7 Análisis de la producción gráfica	88
2.8 Técnicas proyectivas gráficas como indicadoras de la Personalidad	89
2.9 La fase temprana de los dibujos proyectivos	91
2.10 Imagen corporal y psicológica	91
2.11 Lo social y la imagen corporal	92
2.12 Dibujos proyectivos	93
2.13 Aspectos expresivos de los dibujos proyectivos	94
2.14 Líneas convergentes de evidencia que fundamentan la validez de interpretación de los dibujos proyectivos	100
2.15 Dibujo proyectivo de la figura humana	103
2.16 Desarrollo del pensamiento psicológico y las técnicas proyectivas	104
2.17 Concepto mas desagradable	106
2.18 Aspectos de contenido	107
2.19 Finalidad	108
III. MÉTODO.	
• Planteamiento del problema.	110

• Objetivo General.	111
• Objetivos Particulares.	112
• Hipótesis de Trabajo.	112
• Hipótesis Estadísticas.	113
• Variables Dependiente.	113
• Variable Independiente	113
• Variables Atributivas.	113
• Definición conceptual de variables	113
• Definición operacional de variables	115
• Población	115
• Tipo de estudio	116
• Diseño de investigación	116
• Sujetos	116
• Tipo de Muestra	117
• Escenario	117
• Instrumento	118
• Procedimiento	120
• Análisis de datos	121
IV. RESULTADOS.	122

V.	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	140
VI.	CONCLUSIONES.	150
VII.	SUGERENCIAS.	155
VIII.	LIMITACIONES	156
IX.	APORTACIONES	157
X.	ANEXOS.	158
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166

R E S U M E N

La demanda de evaluación tradicional se combina con las necesidades de los problemas actuales como el de la adicción al tabaco y el deseo de dejar el hábito. La evaluación psicodiagnóstica debe basarse desde la teoría como la práctica.

En el presente trabajo de investigación, diseñó una propuesta de test basada, en el Test de La Figura Humana y el Concepto más Desagradable, "Adiós al cigarro", este sirve para evaluar las alteraciones de la personalidad que se presentan los dibujos de las personas que desean dejar de fumar en sus características expresivas y de contenido, Se aplicó en 21 personas que desean abandonar el hábito de fumar, que asisten a la clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, esta conformado por 16 personas del sexo femenino y 5 de sexo masculino, en edad de entre 25 y 65 años.

Los resultados nos indican que existen diferentes elementos expresivos y de contenido entre los dibujos de las personas que desean dejar de fumar manifestando aspectos de personalidad, ansiedades y conflictos.

INTRODUCCIÓN

A diferencia de otras adicciones, en general no se ha reconocido que el consumo de tabaco produzca alteraciones psicológicas importantes, aparte de la necesidad o impulso irresistible y la dificultad para dejar de fumar.

Últimamente se ha investigado y se ha entendido mejor la naturaleza adictiva de la nicotina. En una revisión de la literatura psiquiátrica, se señaló que, antes de la publicación del DSM-III en el año de 1980, el consumo excesivo de tabaco no se había considerado un problema psicológico.

Los problemas médicos causados por el tabaquismo han llevado a considerar seriamente que fumar es un problema psicológico adictivo; El abandono del hábito de fumar y su mantenimiento dependen de una combinación de variables sociales, psicológicas y sociológicas que actúan sobre y en el individuo.

En la actualidad los sectores de salud consideran al tabaquismo como una de las causas más importantes de muerte y de enfermedad en el mundo. Se considera que el fumar es una conducta de tipo adictiva, no menos importante que la provocada por otras adicciones. Es por ello que aunque es una adicción que puede prevenirse, a quien la padece le es difícil de erradicar.

En los últimos años, se ha puesto mayor atención a los aspectos psicológicos del hábito al tabaco, se ha estudiado que aún sabiendo los daños irreversibles que causa el cigarro, el fumador lo sigue haciendo comprobando que

no le importa que tanta información se tenga, ya que el hábito es difícil de erradicar.

En la actualidad la adicción al tabaquismo se ha convertido en un problema, no solo médico sino también psicológico, es por esto que la presente investigación busca:

- ✓ Evaluar y detectar las alteraciones en los rasgos de personalidad, que pueden presentar los sujetos que desean dejar de fumar.
- ✓ Detectar alteraciones en los rasgos de personalidad en ambos sexos y por edad.
- ✓ Evaluar las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentaban en sujetos que quieren dejar de fumar.
- ✓ Demostrar un valor diagnóstico de manera rápida y sencilla para los sujetos que desean dejar de fumar.

Capítulo I T A B A Q U I S M O

1.1 Definición de los Conceptos más Importantes Sobre el Tema.

La existencia del tabaquismo incluye desde las teorías genéticas que sugieren que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento de compensar un déficit de alerta, las teorías psicodinámicas, que buscan la implicación simbólica del cigarro como un falo y de las tendencias orales relacionadas como succionar y mantener un objeto placentero en la boca, las sociales, que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación de grupo, hasta las más recientes, que contemplan los aspectos neuroquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto de la nicotina (*Rico, M. M., y Ruiz 1990.*)

Se entiende por **tabaquismo** como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco (*Casas, M.F., Carbelo B.B., y Romero L. M. 1996*), también puede ser definido como una enfermedad sistémica progresiva, asociada a la adicción de la nicotina, y puede considerarse una conducta inadecuada que afecta a quien fuma y a los que están a su alrededor (*Sansores M. R. 2000*). Es por ello que usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo al consumo habitual de productos elaborados por tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que se supone un riesgo para la salud a mediano o largo plazo (*Roales, N. J. 1994*).

Fumar más que un hábito, es una drogadicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal, presentando: tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia en

ausencia de la misma, comportamiento compulsivo, etc. La máxima responsable de todo esto es la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas como la heroína o cocaína (www.encolombia.com/nicotransconosa.htm).

Para la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992)*, un **fumador** es aquella persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En la práctica habitual y en los protocolos de investigación "Fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿Usted fuma? Además para diagnosticar a un fumador se debe incluir una valoración de ¿en qué fase del proceso de cambio se halla en el momento de la consulta?, lo cual permite llevar a cabo una intervención más adecuada a cada estadio y aumentar la efectividad lograda. También es necesario evaluar la motivación para abandonar definitivamente el consumo, así como la dependencia que puede dificultar el éxito de su intento. En base a sus investigaciones Michell Rusell (*citado en González, R. E. Ramírez C.E., Cicero, S.R., y Gutiérrez, H., 2001*), Menciona que existen siete tipos de fumadores y son:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Psicosocial | 5. Estimulante |
| 2. Manipulador o Sensoriomotor | 6. El adictivo o por necesidad |
| 3. Sedante o Placentero | 7. Hábito o Dependencia |
| 4. Relajante o Tranquilizante | |

Existen dos conceptos que están relacionados con el tipo de fumadores: **a)** Exfumador, es aquella persona que habiendo sido fumador, lleva un año sin hacerlo. Se estima que, en estos casos menos de un 10% volverá a fumar (PAPPPS, 1999).

Y **b)** Fumador Pasivo, es aquel individuo que no fuma pero que convive con un fumador.

1.2 Antecedentes Históricos del Tabaquismo.

El tabaco, es una sustancia adictiva de uso más generalizado que se ha conocido a lo largo de la historia de la humanidad. Desde su llegada a Europa, traída por los españoles desde América, su comercialización y consumo han crecido en progresión constante.

No hay un acuerdo sobre el consumo necesario para hablar de tabaquismo como adicción, aunque tampoco la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999)*. Es excesivamente explícita cuando define la dependencia como “una pauta de conducta en la que el uso de una sustancia psicoactiva tiene una absoluta prioridad sobre otras actividades que tuvieron anteriormente un valor significativamente alto, usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo, al consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o largo plazo (*Roales, N.J. 1994*).

A esto habría que añadir el riesgo para la salud provocado para otras personas presentes (fumadores pasivos) como consecuencia de la inhalación del humo generado por la combustión de los cigarrillos consumidos por el fumador. En los fumadores aparecen tolerancia y síndrome de abstinencia como consecuencia del cese de ingesta (este aspecto continúa sometido a controversia científica) El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) que elabora y publica la American Psychiatric Association (APA), reconoce, en el avance de su nueva versión

(*DSM-IV, APA, 1991*), al diagnóstico de trastornos por uso de nicotina como una de las alteraciones específicas relacionadas con sustancias, e incluye dentro de dicha categoría la dependencia nicotínica, la abstinencia nicotínica y el trastorno no especificado por uso de nicotina.

Como características de los trastornos por uso de nicotina se señalan: a) el uso diario de nicotina durante al menos varias semanas; y b) la aparición de disforia o abatimiento, insomnio, ansias o deseos de nicotina, irritabilidad, frustración o enfado, ansiedad, dificultad de concentración, descenso o aumento en la tasa cardíaca, aumento en el apetito o ganancia de peso y dificultades en el descanso, como consecuencia del cese abrupto en el uso de la nicotina o de la reducción de la cantidad de nicotina ingerida (*Roales, N.J. 1994*).

Roales, N.J. 1994, apuntan, que además el consumo crónico de tabaco fumado cumple prácticamente todas las características que se señalan en el borrador avanzado del DSM-IV como definidoras de la dependencia de sustancias y del abuso de sustancias, por lo que, estrictamente hablando, el consumo de tabaco fumado en un patrón típico de fumador habitual (esto es, diario y en torno a 20 cigarrillos al día) podría ser considerado un caso de comportamiento de abuso y dependencia de una sustancia psicoactiva o droga: la nicotina.

El tabaco, como droga legal que es, sólo llama la atención de los profesionales clínicos de la medicina, la psicología y áreas afines, por sus consecuencias para la salud ampliamente demostrada, y por el hecho especial de ser la única forma de conducta adictiva que lleva aparejado el consumo involuntario contingente de otras personas que estén en presencia del

consumidor; aun cuando se debe reconocer a los consumidores del tabaco el derecho a seguir consumiendo un producto al margen del riesgo que suponga para su propia salud, resulta también obvio que su consumo público debe ser controlado para impedir que otras personas se vean expuestas a tales riesgos contra su voluntad (*Roales, N.J. 1994*).

Fumar es la causa aislada mas importante de muerte prematura en los países desarrollados, pero, algunos factores, entre ellos el importante lapso de tiempo (30-40 años) que pasa entre el pico de la prevalencia de tabaquismo en un país y el subsiguiente pico de la mortalidad relacionada con el tabaco, dificultan la concientización de la población sobre la importancia de abandonar el uso de tabaco. Así pues, el consumo de tabaco produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo (*Grupo de expertos del PAPPPS, [http://www.Recomendaciones sobre el estilo de vida Tabaco com.html](http://www.Recomendaciones_sobre_el_estilo_de_vida_Tabaco_com.html), 2000*).

Fumar no sólo es "un hábito" También es una drogadicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal existencia de tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia en ausencia de la misma, comportamiento compulsivo, ansiedad, desequilibrio físico y/o psicológico, etc. La máxima responsable de todo esto es la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas tales como la heroína o cocaína. Cuando hablamos de dependencia del tabaco hemos de hacerlo en un sentido mucho más amplio y distinguir entre tres tipos de dependencia íntimamente relacionados entre sí, a saber:

Dependencia Física. Es la provocada por la nicotina y la responsable del síndrome de abstinencia.

Dependencia Psicológica. Es la que se fundamenta en procesos de condicionamiento, propios de cada fumador, por los que durante años el tabaco es el "amigo" que le ha acompañado inseparablemente en unas circunstancias y situaciones determinadas, de tal manera que no sabe vivirlas sino es con su compañía (después de las comidas, leyendo, etc.)

Dependencia Social. - Se basa en la aceptación social del tabaquismo y en las presiones ambientales que incitan al consumo de tabaco: publicidad, presión del grupo de adolescentes, imagen de seguridad y de dominio de la situación, acontecimientos sociales, etc. Sociedad española de neumología y Cirugía Torácica (SEPAR, http://www.Cómo_ayudar_a_su_paciente_a_dejar_de_fumar.com.html, 1995).

El tabaco es una planta originaria del continente-americano. Según observó Cristóbal Colón, los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada Tobago, de donde se deriva el nombre de la planta. Al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus ceremonias el nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África. El tabaco pertenece a la familia de las Solanáceas (Solanaceae). La especie más cultivada, llamada tabaco mayor, es *Nicotiana tabacum*, el tabaco menor es la especie *Nicotiana glauca* (Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990).

España monopolizó el comercio del tabaco, para la cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Calilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios de la corona, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero.

La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y, en 1735, España cedió la explotación a la compañía de la Habana.

La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco, el cultivo se inició en el asentamiento de James Town, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles, en poco tiempo se convirtió en producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776, el cultivo se extendió hacia Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

La hierba "yetl", "picietl" o "kuots", es decir, tabaco en la lengua náhuatl, azteca o maya respectivamente, jugaba un papel mitológico, espiritual y religioso para los indios. Era parte de sus raíces, costumbres y hábitos, Fumar constituyó un ritual santuario y de ofrenda. Porque el tabaco tenía poderes mágicos y agradaba a los dioses (Tobias, M.A. 2000).

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana, y se sabe que entre los nativos americanos contaban con rituales propios, en virtud de los cuales se invocaban a los dioses. A pesar del significado religioso que los indígenas le dieron, el empleo medicinal del tabaco era múltiple: además de usarse como agente terapéutico y desinfectante, mezclado con otras hierbas se utilizaba para aliviar el asma y el catarro.

Para los pueblos del caribe, las hojas machacadas del tabaco servían como antídoto, en tanto que los antiguos mexicanos lo consideraban un remedio para el dolor de muelas, el resfriado y el cólico. Los mexicanos tenían dos especies de tabaco en las que variaban la magnitud de la planta y de las hojas, la figura de la flor y el color de la semilla.

A la especie de menor tamaño que es la común, la llamaban picietl y a la mayor, quauhyetl, entre los nahuas, su uso estaba ligado a las grandes festividades y efectuaban el brindis de tabaco cuando algún pueblo invitaba a otro a aliarse para emprender una guerra. Entre los mayas, el uso del tabaco debió ser muy general, así lo demuestra la gran piedra plana que se encuentra a la derecha de la entrada del templo de la Cruz, en Palenque, en la cual se aprecia al representante de un dios anciano, que está fumando lo que parece ser un cigarro. En el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés, los dos protagonistas, además de las pruebas que deben afrontar, tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y mantener sus cigarros y antorchas de pino encendidos durante toda la noche.

Pero los jóvenes héroes apagan sus cigarros y les ponen luciérnagas en la punta para engañar a sus enemigos -los moradores del infierno- y hacerles creer que permanecen encendidos. En su libro *Historia y religión de los mayas*. Eric S. Thompson apunta: El tabaco en polvo, equivalente a nuestro rapé, pero nunca aspirado, se mezclaba con cal y así lo mascaban los indios de gran parte de Mesoamérica. Esta mezcla era buena para dar fuerzas y calmar la sed (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

De acuerdo con el estudio de las propiedades medicinales del tabaco en Mesoamérica, esta planta parece funcionar como cualquier otra medicina, no obstante, se advierte que es mucho más que eso: es un ser que siente. Para los mayas el tabaco era un ángel, término empleado para referirse a la divinidad de la lluvia y la montaña, protectora del género humano porque cuida de nuestros cuerpos (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

Entre los nahuas del centro de México, la divinidad del tabaco tenía el nombre de Ciucóatl y la consideraban sospechosa y peligrosa ya que quitaba el juicio y hacía desatinar a quien lo tomaba Empero, para los indios mesoamericanos el tabaco era casi una panacea en la mayoría de los males de la carne, se usaba como remedio contra el asma, escalofríos, fiebre, convulsiones, ojos enfermos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades de la piel infecciones urinarias, mordeduras y piquetes de animales Además, el tabaco en polvo y la cal aliviaban el cansancio, el dolor muscular, el de muelas y ayudaban en el parto (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

El tabaco también se utilizó como talismán; por ejemplo, en el rito de la pubertad, en el cual el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal. La importancia del tabaco en los ritos en honor de Huitzilopochtli, dios azteca de la guerra, y la creencia de que el cuerpo de Ciuacóatl, patraña de la guerra, estaba hecho de tabaco, son otras pruebas de que la planta en cuestión se vinculaba de algún modo con las ideas bélicas (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

El fabricante de cigarros tomaba hojas de zapote y las cortaba a lo largo, cada media hoja se enrollaba en un bastoncito que tenía la forma de un huso y el espesor aproximado de una pluma de guajolote, y los sujetaba con hilo de henequén. A continuación cubría su superficie con una capa de pasta de cocom (los mayas así le llamaron a una planta tuberosa), salvo en unos dos centímetros y medio en el extremo más delgado, que se dejaba sin cubrir para que sirviera de boquilla. Después de haberse secado al sol, se estiraba el palito y en su lugar se ponía tabaco corriente, se doblaba el extremo para que el contenido no se cayera, y el cigarro quedara listo.

Los aztecas de la clase dirigente y los comerciantes, una vez terminada la comida acostumbraban a distribuir entre los comensales pipas cilíndricas, sin fogón propiamente dicho, de caña o de barro cocido, fuera de las comidas se fumaba poco, pero pasearse con una pipa en la mano era signo de nobleza y de Elegancia. Los fumadores recibían el humo apretando el tubo con la boca y tapándose la nariz para que al inspirar aquél penetrara más fácilmente hasta el pulmón (*Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990*).

Necesariamente a Colón y sus acompañantes debió de haberles producido verdadero asombro ver a los indígenas absorber humo de las hojas; si Europa colonizó a América, ésta invadió el Viejo Continente con un elemento que habría de convertirse en primordial en la vida cotidiana del hombre: el tabaco. Así, es comprensible que poco a poco fueran adquiriendo el hábito de fumar y que se convirtieran en los mejores propagandistas del tabaco. Por esta razón cabe pensar que los primeros colonizadores fueron quienes lo llevaron a Europa, unos por hábito adquirido, otros, para asombrar a sus amigos y familiares o sencillamente, por traer a su país algo nuevo *(Rico, M. M y Ruiz, F. L. 1990)*.

1.3 El Tabaquismo en México

Uno se preguntaría ¿Porqué es tan importante el Tabaquismo? Y la respuesta es muy alarmante ya que en los últimos años a habido un incremento de muertes prematuras, enfermedades y discapacidad; así como un incremento del número de fumadores (niños, adolescentes y mujeres) en países en vías de desarrollo, como es el caso de México. Lo que conlleva un incremento en los costos económicos directos e indirectos; ya que se ha demostrado que los costos asociados al tabaquismo producto de las enfermedades asociadas a dicho hábito se debe a: gastos de atención médica, atención al enfermo crónico, rehabilitación etc.; y por muerte prematura hay pérdida de años de productividad, por ausentismo laboral hay pérdida de años de vida productivos, ruptura familiar y ausentismo escolar, entre otros. Además se ha visto que lo que invierte una familia mexicana en una cajetilla de cigarros, es casi el valor de dos litros de leche *(Dirección General de Epidemiología, DEGE, Dirección General de Epidemiología e Informática, DGEI, SSA, 1998)*.

En la actualidad podemos hablar de un total de 122 muertes de mexicanos al día, por enfermedades atribuibles al tabaquismo; teniendo en cuenta que el 90% de los fumadores tiene el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, bronquios ó tráquea; el 84% de ellos puede desarrollar un enfisema pulmonar ó bronquitis crónica; un 51% alguna enfermedad cerebrovascular y el 45% una enfermedad isquémica del corazón (*DEGE, DGEI, SSA, 1998*).

Por otro lado, en la *Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 (ENA)*, se observó que casi 3 de cada 10 mexicanos entre los 12 y 65 años fuman, lo que representa más de 13 millones de mexicanos fumadores. Además en los últimos diez años ha incrementado el número de fumadores de 9 a 13 millones. De los cuales 9 son hombres y 4 millones son mujeres. La mayoría de los fumadores empieza a fumar antes de cumplir los 18 años, y de cada diez fumadores, dos comienzan a consumir tabaco antes de cumplir los 15 años y uno de cada treinta antes de cumplir los 10 años (*Herrera, K. L., Klecan D., Coutlas D., y Sansores, M. R., 1998; Morales, O. H., 1998*). Además en el país ocurren más de 44, 000 muertes al año debidas al tabaquismo (*Villalba, Sansores et. al 1999*); lo cual es alarmante porque solo un año antes en 1998 se estimaba que 41, 719 fumadores fallecían por año, lo cual nos dice que en sólo un año se incrementó en 5% la mortandad en el país a causa del tabaquismo (*Herrera, K. L, Córdoba P. Ma. del P., Ruiz B. R. y Sansores, R. H., 1998*).

Por otro lado, cabe señalar que uno de cada diez fumadores es menor de edad (aunque la ley prohíba vender a menores de edad los cigarrillos), la mayoría de los fumadores se encuentran entre los 18 y 29 años; encontrándose que la

edad de inicio para fumar ha ido disminuyendo y en la actualidad vemos niños de 9 o 10 años fumando (*Sansores, M. R., 2000*). Y esto se observó en un estudio que se llevó a cabo en el Distrito Federal en 561 tiendas de las 16 delegaciones se encontró que en el 79% de ellas los despachadores vendieron cigarrillos a menores de edad (10-15 años), en un 12% de ellas había letreros indicando la prohibición de la venta a menores y sólo un 4% preguntaron la edad al menor (*Kuri-Morales, P. Et. al, 1997*). Resultados similares se encontraron en una encuesta realizada en Ciudad Juárez en febrero de 1999, donde el 98% de los expendedores le vendieron cigarrillos a menores de edad (15-17 años), solo 3 tiendas tenían letreros de prohibición a menores, 8 expendedores preguntaron, la edad al menor y 2 expendedores le solicitaron identificación al menor (*Adame Moreno, R. et al., 1999*). Estos datos son de considerable valor ya que se ha observado que un 63% de los adolescentes que fuman obtiene los cigarrillos en tiendas, el 60% regalados, un 32.1% con hermano o amigos, un 29.9% fuera de la escuela, un 27.7% en casa sin permiso y un 13.1% en casa con permiso (*ENA, 1998*).

En otro rubro, se ha observado que por cada cuatro personas que habitan en las zonas urbanas, una fuma cotidianamente; por otra parte el fumador urbano enciende su primer cigarrillo una hora después de despertar, pero uno de cada diez fumadores lo enciende en los primeros cinco minutos, cuando despierta y en ayunas; y seis de cada diez fumadores han intentado dejar el tabaco, siendo los Hombres quienes lo intentan en mayor número de veces, quizás porque las mujeres al proponérselo, lo consiguen más pronto.

Pese a todo, el panorama no es del todo pesimista ya que las personas que han dejado de fumar en términos generales representan un 20% de la población urbana y casi siempre lo han logrado de un día para otro, súbitamente, lo que es muy esperanzador (*Morales, O. H. 1998*).

Un grupo muy importante dentro de esta problemática es el de los fumadores pasivos; ya que más del 50% de la población no fumadora y los exfumadores se encuentra expuesta al humo del tabaco lo que representa un total de 18 millones y de fumadores pasivos, de los cuales un 61% son mujeres. Y es importante remarcar que el 83% de las personas que están expuestas al tabaco presentan daños a la salud (*ENA, 1998*). Paradójicamente, el tabaquismo es la principal causa de muertes prematuras, pero también, la más fácil de evitar (*Velasco, F. R., 1995*).

Actualmente en México se pretende crear una cultura libre de tabaco, por medio del rechazo social y una clara y científica información sobre esta adicción; además se conoce que en nuestro país el 3.5% de la población comenzó a fumar antes de los 10 años de edad y que el 25% de la población actualmente fuma. Y el 70% de los fumadores, han intentado dejar de fumar por si mismos y no lo han logrado (*Villalba, C, J.; Sansores et. al. 1999*).

Se puede decir que en México el campo de la atención preventiva y curativa del tabaquismo tiene relativamente pocos años, ya que fue a partir de 1985 con la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (*CONADIC.1999*), que se elaboró el Programa contra el Tabaquismo y con ello comenzó la aplicación de las

diferentes acciones preventivas y de tratamiento respecto a este problema, estableciendo medidas educativas de reglamentación y de control sanitario para controlar este problema; gracias a ello actualmente existen en el Distrito Federal 6 clínicas de tabaquismo establecidas en ámbitos hospitalarios y de consulta externa, integradas por un equipo multidisciplinario de especialistas que ofrecen servicios para la atención integral de tabaquismo. Estas clínicas se encuentran ubicadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en la Unidad de Consulta Externa de Neumología del Hospital General de México, en el Instituto Nacional de Cancerología, en el Instituto Mexicano del Petróleo, Consulta Externa de Neumología del Hospital General del Centro Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Centro contra las Adicciones de la fundación "Ama la vida" I.A.P. En el interior de la república se tienen registrados servicios en ámbitos hospitalarios y clínicas de tabaquismo en los estados de Veracruz, Puebla, Querétaro, Jalisco, Sinaloa y Sonora (*Gutiérrez, P. R. Ma., y Luna, R., 2000*).

Las acciones de la información, difusión y capacitación en materia de prevención de tabaquismo se han realizado en el ámbito de los esfuerzos contra las adicciones, de ahí que las instancias del sector salud a través de sus programas de fomento a la salud, medicina preventiva y de control de enfermedades crónico-degenerativas, incluyen el tabaquismo como una de sus prioridades (*Gutiérrez y Luna, 2000*).

Un punto muy importante es que desde 1980 se ha realizado diversas encuestas o estudios en Hospitales de la Ciudad de México con el fin de conocer,

detectar y evaluar el problema de tabaquismo en una población tan importante como está, encontrándose en todos los trabajos que un gran número de trabajadores de la salud son fumadores y por lo menos un 70% de la población total ha estado en contacto con el tabaco.

Dichos resultados son alarmantes ya que finalmente ellos son un medio de aprendizaje para todo lo relacionado con el tabaquismo; por otro lado, se observó que el problema de tabaquismo entre los trabajadores de la salud se presenta en forma similar a la observada en la población general; por lo que es muy importante crear programas contra tabaquismo orientados hacia grupos de alta influencia, en la opinión de los usuarios de los servicios de salud, especialmente médicos y enfermeras (*Gómez, G. R., y Grimáldi, C. A., 1998*).

Además de los profesionales de la Salud, los Padres y Profesores también desempeñan una función modeladora importante. Por desgracia los docentes son el grupo de profesionales que más fuman (seguido de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras) y en numerosas ocasiones no se prestan nada facilitadores en la prevención del tabaquismo (*Casas, M. F., Carbelo B. B., y Romero, L. M., 1996*).

1.4 Antecedentes del Tabaquismo como Adicción.

El tabaco es una planta que pertenece a la familia de las solanáceas conocida desde tiempos inmemoriales. Los pueblos primitivos usaban ciertas hierbas para iniciarse en la danza que ofrecían a sus dioses y para la realización de determinadas ceremonias. Se piensa que en aquel entonces"... El tabaco quizá poseía más marcadamente determinados alcaloides que incitaban y embriagaban placenteramente constituyendo una especie de analgésico contra el dolor, el hambre y la sed. (*Bellsola, D. 1979*).

Pero el consumo tenía su justificación dentro de las sociedades que lo producían y consumían. Existía una estrecha relación entre su mitología, religión, medicina y hábitos, convirtiéndose en un rito con profundas raíces en sus vidas y costumbres. Inicialmente se usaba al tabaco en forma de cigarros puros, costumbre que se fue perdiendo a "finales del siglo pasado en que nació el cigarrillo que se liaba con cierto arte y que constituía a veces una exhibición de habilidad (*Bellsola, D. 1979*). Lo que dio como resultado que"... se cambiara el disfraz del tabaco, pero el veneno es el mismo, en ciertos aspectos incluso más nocivo todavía por motivos de la química que se emplea en su manipulación, coloración, perfume o aromatización." (*Bellsola, 1979*). A partir de ese momento se inicia una amplia difusión del tabaco que se ha continuado hasta la fecha. Una vez introducido en Europa y el resto del mundo, en el siglo XVI, su uso se generalizó "cuenta el historiador Fray Bartolomé de las Casas que la moda del tabaco se propagó con todo esplendor y que una vez que la persona se había iniciado ya no estaba en su mano dejar de fumarlo". (*Bellsola, 1979*).

Inicialmente el tabaquismo no se consideraba un problema serio de salud, sin embargo en la actualidad si lo es debido a la publicidad, comercialización, muertes y deterioro en la calidad de vida, que daña tanto al fumador, a las personas que sin fumar se ven sometidas a inhalaciones involuntarias, así como a la colectividad, lo que produce pérdidas económicas y muertes prematuras.

La adicción al tabaco es de origen multifactorial, se inicia por un hábito, que se va adquiriendo por varios motivos, como aburrimiento, imitación deseos de verse mayor, entre otros y acaba encadenando a la persona en una adicción, ya que la droga no suele lesionar notoria y fuertemente sino hasta pasado un largo tiempo y sus efectos no son fulminantes. Además de que es socialmente aceptada y fomentada.

El Comité de expertos sobre fármacos propensos a producir adicción, de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* intentó separar y definir los conceptos de adicción y habituación de la siguiente manera:

a) Adicción a las drogas.- Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que incluye: 1) compulsión de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) una tendencia a incrementar la dosis, 3) una dependencia psíquica (psicológica) y física a los efectos de la droga, y 4) efectos perjudiciales sobre el individuo y la sociedad.

b) Habituación a las drogas.- La habituación es una condición resultante del consumo repetido de una droga. Sus características incluyen: 1) un deseo, pero no compulsión, de continuar tomándola, 2) poca o ninguna tendencia a aumentar

la dosis, 3) algún grado de dependencia psíquica pero ausencia de dependencia física, y por lo tanto no se presenta el síndrome de abstinencia en caso de no tomarla, y 4) efectos nocivos sobre el individuo primordialmente. (Aragones, R. 1981).

Como se observa las diferencias básicas entre estos dos conceptos son la de la compulsión, el síndrome de abstinencia y la dependencia psíquica, que se encuentran presentes cuando se habla de adicción, y no en la habituación, aunque el hábito constituiría la etapa previa a la adicción.

La preocupación se centra en el presente trabajo en ésta última que es cuando existe la imposibilidad de abandonar el cigarrillo y solicitan las personas ayuda para dejarlo, además en esta fase sería cuando ya es un problema de salud pública pues se daña a la colectividad y al individuo mismo causando a largo plazo pérdida de la agudeza visual, graves estragos en las vías respiratorias, bronquios y pulmones, afección o cáncer de laringe, endurecimiento de arterias, cardiopatías esquemáticas y las repercusiones del tabaco sobre el aparato digestivo, algunos procesos ulcerosos gástricos y determinadas gastritis que se tornan difíciles si no se abandona el cigarro.(Bellsola, 1979).

En relación a la dependencia psíquica se plantea que está determinada por elementos muy primarios que se producen en el ser humano vinculados con el inhalar y exhalar, con la angustia, ansiedad, con el uso de la boca (oralidad) y con la existencia de objetos que ayudan a pasar de una fase del desarrollo a otra (objetos transicionales) por lo que resulta tan difícil la eliminación del tabaco.

Autores como *Castellnuovo, 1971*, han esclarecido la vinculación existente entre el proceso de respiración y la angustia con el desarrollo del individuo. Y expone que: existe una vinculación directa de las primeras etapas del desarrollo del individuo con las posteriores remontándose a los primeros diez días posteriores al nacimiento, que es cuando se estabilizan los mecanismos de respiración, antes la respiración se encuentra en fase de alarma y resistencia, por lo que el parto siempre produce un stress físico y psíquico.

La instalación de un ritmo respiratorio normal no se produce en el recién nacido automáticamente, sino como el resultado de una laboriosa tarea. Lo anterior muestra porque existe angustia en el nacimiento.

Para Freud la " primera angustia, fue de tipo tóxica, ya que en el acto del nacimiento se tuvieron que inervar los órganos de la respiración para preparar la actividad pulmonar, acelerar los latidos del corazón y liberar así la sangre de sustancias tóxicas. (*Rabadán, 1985*). Con respecto a la angustia Freud refiere que en el nacimiento es cuando se dan afectos de displacer repitiéndose "según una imagen mnémica previa".

"Los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica con precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos". Estos estados de angustia, sensación de desamparo, stress físico y psicológico causados por el nacimiento y por el proceso de inhalación-exhalación se van a resignificar a lo largo de la vida.

Durante el periodo "oral" la principal zona de placer es la boca "... la experiencia de satisfacción que proporciona el prototipo de la fijación del deseo a un determinado objeto, es una experiencia oral; por consiguiente se puede establecer la hipótesis de que el deseo y la satisfacción quedan marcados para siempre por esta primera experiencia". (*Laplace y Pontalis, 1979*).

En el caso del tabaquismo el objeto es el cigarrillo y la angustia se repetirá resignificándose de diversas maneras como defensa contra la ansiedad (en especial la de tipo depresivo) *Winnicott (1971)* menciona a los "objetos transicionales " usados en momentos de soledad o cuando existe el peligro de un estado de ánimo deprimido. Esta necesidad de un objeto o pauta de conducta específicos que comenzó a edad muy temprana puede reaparecer más adelante cuando se presenta la amenaza de una privación.

Esto podría llevar a suponer una relación de estados primitivos de mucha intensidad que han dejado una huella que mantiene una tendencia que se traduce en ciertas reediciones en la edad adulta como sería ingerir alimentos en abundancia, llevarse objetos a la boca o beber en demasía, entre otros.

1.5 La Adicción al Tabaco.

El principal componente químico del tabaco es un alcaloide líquido graso e incoloro ($C_{10} H_{14} N_2$) conocido como "nicotina". Esta sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, es la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso

central. La nicotina es consumida en el tabaco, de tres principales maneras; masticada, inhalando su rapé y fumándola. Los cigarrillos es la forma más popular de consumo, abarcando un 95% del mercado actual.

En los últimos años se han realizado avances muy significativos en la comprensión y tratamiento de la dependencia tabáquica. Así se responsabiliza a la nicotina como droga desencadenante de tan dependencia y la causante, en la cesación, de la aparición del Síndrome de Abstinencia Tabáquica (S.A.T.). A pesar de argumentos, discusiones y protestas, no existe sombra de duda sobre el hecho de que la nicotina constituye la principal, sino la única, sustancia adictiva del tabaco. Se ha estudiado en experimentos hechos con monos que trabajan muchísimo a cambio de inyecciones intravenosas regulares de nicotina Y se observa que mientras más nicotina contenga un cigarrillo. menos frecuente es la autoadministración.

Otra prueba de que la nicotina es la responsable del estado de dependencia, y de que la satisfacción de éste depende de una concentración dada de la droga, se encuentra en la observación del modo de fumar de la gente: la mayoría de los fumadores inhala el humo del cigarrillo en forma bastante estereotipada: una o dos bocanadas por minuto, uno o dos cigarrillos por hora.

Algunos afirman que el papel adictivo de la nicotina radican en el hecho de que la mayoría de los fumadores que quieren parar, no pueden, y cuando lo hacen exhiben signos de abstinencia, como aumento del apetito, de peso, irritabilidad, angustia, inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio, dolores de cabeza, etc.

El efecto en el cerebro es paradójico, causando una estimulación inicial y luego depresión. Estos efectos son mediados por receptores nicotínicos y son dependientes de la dosis. La nicotina produce estados de ánimo similares a los producidos por estimulantes psicomotores como las anfetaminas y la cocaína.

Los fumadores crónicos activos, realizan mejor ciertas tareas cuando están fumando que cuando están en abstinencia. Pueden sentir que manejan mejor el stress y las emociones. La tolerancia se desarrolla hacia los efectos subjetivos de la nicotina y al sentimiento de euforia del consumidor, tal como ocurre con los estimulantes y opiáceos. La nicotina es un alcaloide que se absorbe por piel y mucosas, siendo el árbol broncoalveolar y la cavidad orofaríngea, las vías habituales de entrada en el organismo, en función del PH, En el caso de la nicotina vehiculizada en el humo del cigarrillo, PH ácido (5, 5), se absorberá en un 90% en alvéolos pulmonares; y la que va en el humo de cigarros puros, pipa, tabaco masticado y chicle de nicotina, por ser de PH básico (8, 5), se absorberá preferentemente en mucosa oral.

Según Pomelau (1993), la nicotina es muy soluble en agua y ejerce una acción estimulante a bajas dosis y es depresora a dosis más altas en el SNC. Desde que se inhala en pulmón hasta llegar al cerebro. tarda unos 7 segundos. Esto hace que tenga una acción muy rápida en el SNC y sea motivo de su gran capacidad adictiva, que sumado a las sensopercepciones y estados de ánimo, tales como: aumento del estado de alerta y vigilia, mejoría en el rendimiento por aumento de atención y concentración, disminución de ansiedad: que percibe el fumador, hacen que se establezca una intensa dependencia. La vida media de

eliminación de la nicotina es de 30-60 minutos, lo que explica la necesidad imperiosa de volver a fumar, pasado ese tiempo. Al igual que en otras adicciones, la dependencia nicotínica es el resultado de una combinación de un fenómeno físico y conductual. La dependencia de nicotínica tiene características conductuales y físicas, muy similares a las dependencias de otro tipo de drogas; es un desorden progresivo, crónico, con tendencia a la recaída; y es un importante factor que contribuye a la mortalidad entre personas también adictas a otras drogas.

Con el tiempo el fumador creará dependencia al tabaco, que puede ser física o psicológica; Según *Gutiérrez y Rubio (1994)*, la dependencia física se da en las personas que fuman más de 20 cigarrillos al día son los que generalmente fuman por adicción. Muchas veces la gente fuma no porque quiere, sino porque no puede abandonar el hábito. Esta adicción se caracteriza por fumar cuando los niveles de nicotina están bajos en la sangre. En cambio la dependencia psicológica, es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que al suprimirla siente la imperiosa necesidad de consumirla, ya que el fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes.

Como para todas las drogas adictivas, el consumo crónico de nicotina se acompaña de tolerancia, y los efectos de náusea, mareo y vómito que experimenta el no fumador al estar en contacto con el cigarrillo no se observan en el fumador crónico, a menos que exceda su dosis habitual. Esta tolerancia también se desarrolla a lo largo del día: el efecto del primer cigarrillo del día es más intenso que el de los subsiguientes.

Los efectos de la adicción a la nicotina en el SNC son complejos. Se pueden observar animales que se autoadministran nicotina, aunque las propiedades reforzadoras del alcaloide son menores a las de las anfetaminas o de la cocaína. Estos animales aprenden a distinguir los efectos del alcaloide: una rata dependiente a la nicotina no intenta autoadministrarse otra droga, aunque ésta sea adictiva.

Otros efectos de la nicotina que pueden facilitar la conducta de autoadministración (reforzamiento positivo) son la elevación del estado de alerta y la facilitación de la memoria y de la atención, la disminución de la irritabilidad y la capacidad de disminuir el apetito. Además, se han detectado efectos euforizantes de la nicotina inyectada en fumadores que evalúan los efectos placenteros utilizando una escala diseñada para morfina o anfetaminas, lo cual sugiere efectos del alcaloide en las neuronas mesolímbicas dopaminérgicas y el núcleo accumbens, estructuras cerebrales relacionadas con conductas de dependencia a las drogas.

1.6 Diagnóstico de la Adicción al Tabaco.

El diagnóstico de dependencia al tabaco fue por primera vez añadido al Manual de Estadísticas y Diagnósticos de los Desórdenes Mentales (DSM-III) elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana en la tercera edición correspondiente al año de 1980. El diagnóstico fue cambiado a dependencia nicotínica en la tercera edición revisada (DSM-III-R) publicada en 1987. Los años siguientes luego que este diagnóstico fue por primera vez introducido como una

dependencia química, no ocurrió mucho, hasta que recientemente se enfatizó en la necesidad de tratamiento. Esto ha estado finalmente cambiando.

En el DSM-IV se describe dentro de los “trastornos relacionados con sustancias”, el criterio para delimitar la “dependencia de sustancias”. En donde si se observa con cuidado, este criterio relata de manera fiel, la dependencia que tiene un adicto a la nicotina. Así, el DSM-V marca que la dependencia es: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
 - c) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
2. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas). Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (por ejemplo. fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión).
 - a) Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia
 - b) Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia

Es importante señalar que aparte de los criterios del DSM-IV para diagnosticar la adicción a la nicotina, se pueden contar con varios instrumentos en forma de cuestionarios, que determinan la dependencia nicotínica, entre los que destacan el test de Horn-Russell y el test de Fagerstrom. Estos diagnostican el grado de adicción basado en el análisis del número de cigarrillos, el tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo desde que se levanta, si le cuesta trabajo dejar de fumar en lugares prohibidos, si fuma por las mañanas o cuando esta enfermo.

Síndrome de Abstinencia.

Al igual, dentro de sus criterios del DSM-IV se encuentran los Trastornos inducidos por sustancias, al que pertenece el Diagnóstico de Abstinencia de Nicotina, este se describe como:

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

- Estado de ánimo disfórico o depresivo
- Dificultades de concentración
- Insomnio
- Inquietud
- Irritabilidad, frustración o ira
- Disminución de la frecuencia cardíaca
- Ansiedad
- Aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los síntomas del criterio b provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según el enfoque médico, el S.A.T (Síndrome de Abstinencia Tabáquica) viene acompañado de la siguiente sintomatología:

- ✓ Deseo de fumar, ansiedad e irritabilidad.
- ✓ Dificultad de atención y concentración.
- ✓ Psicastenia y Trastornos del sueño: Insomnio o somnolencia.
- ✓ Trastornos gastrointestinales: Dispepsia, flatulencia, estreñimiento.
- ✓ Aumento de la tos y expectoración.
- ✓ Molestias faríngeas y Disminución de la frecuencia cardíaca.
- ✓ Aumento del apetito y del peso.
- ✓ Cefalea y Cambios en EEG.

El S. A. T. aparece relativamente rápido, usualmente dentro de las primeras 24 horas después de iniciada la supresión. Se pueden detectar signos de irritabilidad, inquietud, disminución de la vigilia y de la ejecución psicomotora, así como de la memoria a corto plazo. Al igual, disminución de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y los niveles plasmáticos de adrenalina, al tiempo que la temperatura de la piel y la irrigación sanguínea periférica aumentan. Aunque cada fumador puede vivirla diferente. En sujetos con tendencias depresivas, la abstinencia de nicotina puede manifestarse de igual manera. con una exacerbación del estado depresivo, la cual cede en parte con el retorno al cigarrillo.

Diagnóstico Nosológico

Este diagnóstico permite conocer los efectos psicológicos, conductuales y fisiológicos que el tabaquismo causa en el ser humano y que actúan en el sistema nervioso central y en diferentes órganos, aparatos y sistemas corporales.

A continuación se describen los criterios de diagnóstico del tabaco por parte del

CIE-10:

- A.** Debe haber presencia clara de consumo reciente de cigarrillos (y en su caso ingestión de tabaco) en dosis suficientemente elevadas como para dar lugar a intoxicación.
- ❖ Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia, que sean de suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de consciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.
 - ❖ Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad

médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otros trastorno mental o del comportamiento

- ❖ La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos. Se deben tener en cuenta los problemas como el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico.

B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías de la percepción como evidencia por al menos uno de los siguientes:

- ❖ Insomnio
- ❖ Sueños extraños
- ❖ Labilidad afectiva o inestabilidad del humor
- ❖ Desrealización
- ❖ Interferencia con el funcionamiento personal

C. Al menos uno de los siguientes signos debe estar presente:

- ❖ Náusea o vómito
- ❖ Diaforesis
- ❖ Taquicardia y arritmias cardíacas

1.7 El Tabaquismo Asociado a Ciertos Trastornos Mentales

Se ha asociado el fumar con una historia o un potencial para ciertos trastornos mentales como la depresión mayor, alcoholismo, trastorno de ansiedad y la esquizofrenia.

La más conocida y mejor documentada clase de patologías asociadas con fumar es la depresión.

La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, representa un desafío para muchos fumadores cuando dejan de

fumar. También se ha encontrado relación entre fumar y la sintomatología depresiva tanto a nivel clínico como a nivel poblacional y el afecto negativo. La relación entre fumar y depresión o sintomatología depresiva está bien establecida al inicio del hábito de fumar, en el mantenimiento de la adicción a la nicotina, cuando se deja de fumar y en la recaída. La depresión es un factor importante en el consumo de tabaquismo o en conductas adictivas. Demostró que las personas con alta depresión tenían menos probabilidad de dejar el cigarro en comparación con los que no son depresivos.

En otro estudio, hecho por psicólogos españoles demostraron en el año de 1999 que los pacientes depresivos que habían dejado de fumar recaían, lo que representaba el 29% por sus estados emocionales negativos, Un estudio publicado en "JAMA" reveló que el 44% de todos los cigarrillos que se compran en Estados Unidos, son consumidos por personas que presentan un trastorno mental, como en la depresión o fobia social se tienen dos veces más probabilidades de ser fumadores que los individuos sin trastornos mentales. El estudio fue realizado sobre una muestra de 4, 400 personas de 15 a 40 años con y sin trastornos mentales como de ansiedad, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor.

Advirtió que un importante número de fumadores sufre depresión. El también fundador de la clínica de Trastornos del Sueño de la Facultad de Medicina de la UNAM informó que algunas investigaciones revelan que la nicotina ejerce un efecto benéfico en pacientes con depresión. En relación con los trastornos de ansiedad que existe una asociación entre a dependencia de la nicotina y este trastorno, especialmente con respecto al trastorno de ansiedad generalizada.

No existen estudios clínicos sobre la abstinencia de tabaco y los trastornos de ansiedad, posiblemente debido a que como un efecto del tabaco es la relajación y la disminución de la ansiedad, y como estos trastornos suelen ser crónicos, estas personas tienden a dejar de fumar en menor medida. Existen varios estudios que prueban entre individuos alcohólicos de un 80 a un 90% fuman, pero no parecerían ser proclives a no poder dejar de fumar. Si se examinó que sujetos adictos al alcohol y a la heroína, además de la nicotina, refieren a ésta última como la más difícil de abstenerse. Referente a la esquizofrenia se ha reportado que los pacientes esquizofrénicos necesitan niveles mayores de neurolépticos, que los síntomas negativos se exacerban durante la abstinencia de nicotina, y que la nicotina puede llegar a regularizar algún déficit perceptual entre los esquizofrénicos.

1.8 La Adicción al Tabaquismo

El tabaquismo es la causa número uno de muertes que se podrían prevenir. En México el tabaco es una de sustancias adictivas más utilizadas. Desde 1971, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) demostró que las prevalencias de tabaquismo en nuestro país eran de 44.7% para varones y 16.5% para mujeres por supuesto que a lo largo del tiempo estas cifras van en aumento, los datos más recientes, son los de la Escuela Nacional Contra las Adicciones de 1998 donde se reporta que el 27.7% de la población urbana entre los 18 a los 65 años son fumadores, lo que representa la existencia de más de 13 millones de fumadores, de estas personas el 52% fuman todos los días y la mayoría de estos tienen un consumo entre uno o cinco cigarros.

En México el tabaquismo mata diariamente a 147 personas, el número total de muertes atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas es más de 53 mil al año. (*Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA boletín informativo 2002*).

Rasgos de Personalidad en el Fumador

La predisposición a que los individuos se vuelven fumadores es multifactorial ya que, diferentes corrientes médicas, psiquiátricas y sociales han intentado sistematizar, clasificar y abordar al problema sin embargo, la variabilidad social y personal de la sociedad expuesta al consumo de tabaco limita la posibilidad de clasificar de manera homogénea las distintas tipologías de la etiología del tabaquismo.

Dentro de la literatura se han realizado numerosos estudios con el fin de explicar los rasgos de personalidad que influyen a la predisposición al tabaquismo los cuales son los siguientes:

- a) Estudios familiares:** En 1989, la revista *Journal School Health* se determinó que cuando los padres no son fumadores y no aprueban que sus hijos fumen, solo el 10.3% de los adolescentes serán fumadores. Sin embargo si los padres son fumadores y se muestran indiferentes al tabaquismo de sus hijos el 32.5% de los adolescentes fumará. En 1998, la revista *Tobacco control* publicó un artículo donde se descubrió que la influencia de los amigos y la familia es un determinante para iniciar la adicción al tabaquismo ya que los hijos de padres fumadores ven normal esta adicción que es totalmente aceptada en el núcleo familiar.

b) Estudios Genéticos: La predisposición para ser fumador de acuerdo a particularidades de su personalidad, y el factor genético que regula la producción de la enzima CYP2A6 que interviene en el metabolismo de la nicotina. Los genes que controlan esta enzima pueden hacer que su producción sea insuficiente, en algunas personas, y la nicotina no se metaboliza adecuadamente siendo así menos probable que la persona se haga adicta. En la actualidad se descubrió que la exposición involuntaria al humo del cigarrillo es un estímulo para la formación de receptores nicotínicos en el sistema nervioso central y otras partes del organismo. Estos estudios explican la predisposición de los hijos de los fumadores.

c) Estudios Psicológicos: En la literatura existen números estudios que explican la personalidad del fumador en la presente investigación se mencionaran las diferentes teorías así como los rasgos de personalidad que predominan en dicha adicción.

Teoría Psicoanalítica

La conducta de fumar se basa en experiencias y causalidades que cada ser trae desde la infancia; con una tendencia que se encuentra ligada al desarrollo de la personalidad. Experiencias que, en diversos momentos de la vida dejan huellas psicológicas que pueden provocar, consciente o inconscientemente, estados emocionales capaces de generar conductas de amor y odio.

Se puede afirmar que desde el punto de vista psicológico el tabaquismo es una conducta de riesgo con rasgos infantiles asociados a un instinto oral,

motivaciones internas y actitudes agresivas inconscientes, que tienen origen en experiencias gratificantes y hostiles.

En el tabaquismo aparecen las vivencias gratificantes y hostiles como una ambivalencia del sujeto fumador, manifestando una falta de madurez de la personalidad, que antepone su vivencia gratificante oral al fumar sin respetar la salud de los demás, como una actitud de malestar -hostilidad hacia quienes lo rodean.

Debido a que el tabaquismo es una conducta oral en el año de 1970 Smith en el fumador existe un impulso para satisfacer esa necesidad oral independientemente a la del hambre la cual se relaciona con las necesidades emocionales, como el succionamiento de un niño por el dedo pulgar o el pecho materno por lo tanto existe un desplazamiento de una etapa oral mal llevada o que no es superada por el individuo.

Teoría Conductista

Las teorías conductistas y del aprendizaje explican el desarrollo del hábito del fumador argumentando que este se aprende como cualquier otra conducta. El cual esta determinado por el balance entre los reforzadores positivos y los reforzadores negativos, los patrones de reforzamiento cambiaran en la medida en la que la adicción se desarrolla partiendo desde el inicio hasta la actualidad de la dependencia.

Rasgos de Personalidad del Fumador

Las primeras investigaciones donde se evaluaron los rasgos de personalidad del fumador se hicieron con el MMPI-1 y otras pruebas psicométricas así como también estudios de seguimientos de adolescentes. A continuación se describirán cada uno de los resultados de dichos estudios. En el año de 1974, realizaron una síntesis de los estudios de rasgos de personalidad en los fumadores los cuales son los siguientes:

Los fumadores tienen mayor tendencia a ser independientes son más activos y enérgicos, les encantan las situaciones de riesgo, mayores niveles de ansiedad, mayores tendencias antisociales, con una puntuación en la escala de Introversión y Extroversión del MMPI-1, una salud mental pobre, menos rígidos y ordenados y más impulsivos, poco emocionales, menos agradables y con poca fuerza en su carácter, gran afinidad por el control externo que por el control interno.

En 1967, Higgins y colaboradores realizaron un estudio donde se determinó que tienen mayor consumo de alcohol y son menos dedicados a los servicios religiosos. En 1973, Sherphord, Rode y Ross describen a los fumadores con una personalidad pretoxicomana, cuyos individuos son inseguros, con poca tolerancia a la frustración, dependientes afectivamente, carentes de control interno e inmaduros en general. Los hombres fumadores son tímidos e imaginativos con una tensión muy marcada y una gran falta de autodisciplina y las mujeres muestran conductas de ordinarias, son dogmáticas, tercas, directas y autosuficientes. Dichos investigadores piensan que el fumar está relacionado en

realidad con un carácter dependiente femenino en los hombres y con características masculinas agresivas.

En 1977, se realizó una encuesta en América latina donde el 75 % de los fumadores manifestaron que el cigarro los ayuda a tranquilizarse y el 77% afirmaron que el fumar les causaba placer. el 38% de los hombres y el 46% de las mujeres afirmaron que el fumar los hacía sentirse más seguros. El 25 % de los fumadores entrevistados afirmaron que encontraban con más hombría a los fumadores del sexo opuesto sin embargo esta opinión fue menor en los hombres en un 19% mientras que en las mujeres el 25% piensan que lucen más atractivas cuando están fumando. **(OPS, 1999).**

En 1991, se determino que existe una relación clara entre estrés y tabaquismo. En el 2002 se realizó un estudio de laboratorio donde se confirmo que el estrés dispara la conducta de fumar y que este y su efecto negativo están asociados para incrementar esta conducta y la necesidad del fumar. Una explicación a este vínculo es que el fumar ayuda a los fumadores a manejar estados emocionales negativos y que al fumar logran controlar sus estados de tristeza, enojo, coraje y la ansiedad.

En 1993, la revista científica de *Am J Psychiatry* publico un estudio donde se descubrió que tanto en hombres como en mujeres existe una relación entre el desorden de la ansiedad generalizada y el tabaquismo. En ese mismo año dicha revista público que los individuos que padecen de depresión mayor tienen una tendencia significativa ha convertirse en fumadores en comparación a la población general. Cabe mencionar que los fumadores tienen mayor probabilidad de tener

una historia de depresión que los no fumadores y que la nicotina actúa como un antidepresivo en algunos fumadores.

En 1994, la revista *Crítica! Issues in the treatment of affective disorders* publicó que los fumadores tienen niveles más altos de sintomatología psiquiátrica. Se descubrió que los adolescentes tienden a reunirse con otros chicos que fuman y que estos suelen tener una imagen devaluada de sí mismos.

En 1996, la revista *J Clinic Pshchiatry* publicó que los fumadores pueden estar en alto riesgo de desarrollar depresión y que este riesgo se incrementa cuando dejan de fumar.

En 1997, un análisis de *regresión* múltiple mostró que el retraso mental leve y el diagnóstico de esquizofrenia son predictores significativos de tabaquismo.

En ese mismo año se descubrió que los fumadores tienen un coeficiente intelectual más bajo y un rendimiento académico más bajo en comparación a los no fumadores (*Stakery Bartmann, 1997*).

En 1999, se descubrió que el tabaquismo está estrechamente asociado a la baja escolaridad. Por ejemplo la prevalencia de fumadores analfabetas es de 64%. En aquellos que tienen menos de 6 años de estudios es del 58%, en los que tienen entre 6 y 12 años de estudios de 42% y de 21% en aquellos que tienen más de 12 años de estudios (*Curbing the epidemic. Goverments and the economics of Tobacco Control. A world bank publication, 1999*).

En 2001, hay estudios que sugieren que la relación entre el uso de tabaco y problemas emocionales es dinámico, inicialmente los problemas emocionales propician el consumo y posteriormente el consumo predispone los problemas emocionales. (*Ellikson PL y Jinnett K. 2001*). En 2002, se descubrió que la nicotina es una droga adictiva que tiene propiedades antidepresivas por lo tanto es posible que los adolescentes provoque efectos antidepresivos que propicie sensaciones agradables que acompañan a las de recompensa. Esta suma de sensaciones hace que los fumadores jóvenes se vuelvan adictos posteriormente. (*Mansvelder HD. 2002*).

Por lo anterior el tabaquismo es más frecuente en los pacientes psiquiátricos que la población general. Los fumadores tienen tasas más altas de antecedentes vitales de depresión mayor, abuso y dependencia al alcohol y drogas, agorafobia, personalidad y trastornos de personalidad inestable y propensa a la actuación y personalidad ansiosa y temerosa. Cabe mencionar que en estudios recientes se descubrió que las tasas de prevalencia de depresión y de trastornos de angustia son elevadas en comparación a la población general pero no llegan a las tasas de prevalencia sumamente altas comunicadas entre pacientes esquizofrénicos ambulatorios (74-88%) (*Bejerot y cols, 2001*). También se ha demostrado que los fumadores tienen aumento para cometer conductas riesgosas y son impulsivos, además la hostilidad, la extraversión, el comportamiento poco convencional y las tendencias antisociales son predictores de la iniciación del tabaquismo. Sin embargo también se ha demostrado que los pacientes que padecen el trastorno obsesivo compulsivo la prevalencia del tabaquismo es menor en comparación con otros trastornos psiquiátricos. (*Baer y Cols. 1998*).

1.9 Aspectos Medico-Físicos del Tabaquismo.

Daños a la Salud Anatómicos y Fisiológicos.

La evidencia científica demuestra que el fumar es la mayor causa prevenible de enfermedades en el mundo, tiene un profundo impacto en la salud pública. Podemos tener la actitud que queramos al respecto de fumar o no fumar, pero eso no cambia que sobre los efectos del tabaco existan multitud de datos científicos referidos a los efectos que produce sobre el organismo. Tomar conciencia real, objetiva, sobre la salud y el tabaco significa por parte del fumador tomar conciencia de lo que conlleva fumar, y justo en esa toma de conciencia es donde puede el fumador cambiar de actitud y comenzar el proceso de dejar de fumar.

Son multitud de estudios en todo el mundo los que indican que fumar afecta a la salud, y éstos son cada día más numerosos y precisos. Sin embargo, nuestra sociedad nunca hasta ahora ha comenzado a tomar conciencia real de la epidemia que supone el hábito tabáquico y los efectos devastadores para la salud humana que supone fumar. La conciencia de la salud indica en sus estudios estadísticos, cada vez con más validez y fiabilidad, que el tabaco es la materia que expone al ser humano al riesgo más grande de padecer cáncer, de caer enfermo en un hospital.

Es un hecho que la conducta de fumar enferma y, a mediano o largo plazo, mata; aumentando en consecuencia, la demanda de asistencia médica. El tabaquismo reduce la esperanza de vida, incrementa el ausentismo laboral y produce accidentes (O.M.S. 1985). Se ha calculado que en México el porcentaje de defunciones por esa causa entre las personas de menos de 65 años de edad

es el siguiente para las enfermedades que se indican: cáncer pulmonar, bronquios y traquea 90%, bronquitis y enfisema pulmonar 84%; Enfermedades cerebro vasculares 51% y Enfermedades Isquémicas del Corazón 45% (*DGE, DGE1 y SSA, 1997*).

El humo del tabaco es sustancialmente radioactivo y así lo afirma en un reciente artículo en la Revista Pediatrics, el Doctor Gary Evans, de California, si bien fue publicado por los doctores Radford y Hunt en 1964, Little y Radford en 1965-68 y Holltzman en 1967. Las plantas de tabaco en algunos lugares crecen en suelos con fertilizantes ricos en fosfatos contaminados con Polonio-210 que emite partículas alfa. Otros productos de la atmósfera como derivados del radon-222 también son incorporados por las plantas. Los cigarrillos contienen como promedio 0,3 picocuries de Polonio 210 que se funde, evapora e inhala, fijándose sobre el revestimiento epitelial de la tráquea y los bronquios de los fumadores. Un fumador que consume de 1 a 2 paquetes diarios en un año, habrá irradiado porciones de su epitelio bronquial con aproximadamente 8-9 rem. Si comparamos con la que comporta una radiografía normal de tórax que es de 0,03 rem, tenemos que el fumador antes citado, absorbe el equivalente a 250-300 radiografías de tórax como dosis total al final de cada año. Dado que el fumador medio en aproximadamente diez años absorberá 80 rem sobre el revestimiento epitelial del pulmón, podemos valorar que el cáncer de pulmón puede ser un resultado normal del hábito tabáquico, máximo si a ello asociamos el efecto cancerígeno de algunas sustancias o metabolitos que contiene el humo del cigarrillo, bien por acción aislada o sinérgica potenciadora. (*Sarquis, 2000 <http://www.terenne.terra.es/personal/eac00002/tapasiv.com>*).

Los daños producidos por fumar en exceso no se manifiestan inmediatamente sino que existe un periodo de latencia que puede ser de muchos años entre el inicio y la aparición de los síntomas relacionados con el hábito, por lo tanto, la persona que se inicia en el tabaquismo está exponiendo a su organismo a un riesgo que en el futuro lo hará adquirir enfermedades crónicas. En nuestro país la situación con respecto al tabaquismo es tremenda día con día, de acuerdo a la SSA y CONADIC (1995), las enfermedades más comunes asociadas al tabaquismo son las siguientes:

- **Enfermedades Respiratorias.** Ocasionadas por el consumo de tabaco y de las cuales podemos mencionar las siguientes:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Bronquitis Crónica | 7. Cáncer de boca. |
| 2. Enfisema Pulmonar | 8. Cáncer de esófago. |
| 3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. | 9. Cáncer de vejiga. |
| 4. Hiperactividad de las vías respiratorias. | 10. Cáncer de páncreas. |
| 5. Cáncer broncogénico. | 11. Cáncer de pulmón. |
| 6. Cáncer de laringe. | |

- **Enfermedades Cardiovasculares.** Ocasionadas por el consumo de tabaco y de las cuales podemos mencionar las siguientes:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Daño del endotelio | 10. Taquicardia. Arritmia |
| 2. Aumento en la trombogénesis | 11. Tensión arterial |
| 3. Aumento de la actividad simpática | 12. Ateromatosis Coronaria |
| 4. Aumento de la frecuencia cardiaca | 13. Lípidos Sanguíneos |
| 5. Hipertensión Arterial | 14. Trombosis |
| 6. Infarto al Miocardio | 15. Isquemia Cardiaca |
| 7. Enfermedad Cerebrovascular | 16. Déficit de Riesgo |
| 8. Enfermedad oclusiva arterial | 17. Vasoconstricción Periférica |
| 9. Afecciones al sistema circulatorio | 18. Cefalea. |

- **Afecciones al aparato digestivo** ocasionado por el consumo de tabaco y de las cuales podemos mencionar las siguientes:
 1. Ulcera péptica.
 2. Gastrointestinal.
 3. Afecciones al Aparato Digestivo.
 4. Ptialismo.
 5. Afecciones dentales.
 6. Afecciones linguales.
 7. Cáncer de labio y en la cavidad oral.
 8. Gastritis.

1.10 Aspectos Fisiológicos del Tabaquismo

Biología del Tabaco

El Tabaco pertenece a la familia de las solanáceas, las cuales comprenden plantas herbáceas y leñosas, que se caracterizan por tener hojas alternas, lobuladas y constituidas por cinco pétalos. Existen alrededor de 65 o más variedades de tabaco, y todos son miembros del género *Nicotina*, las más comercializadas son la *Nicotina tabacum* y *Nicotina rústica* (Rico y Ruiz, 1990), con hojas grandes y alargadas; sus flores tienen forma de trompeta y originan frutos de forma ovalada. Habitan en climas cálidos, semicálidos y semisecos (México Desconocido, 1988).

En estado incandescente, el tabaco se ha descrito como una fábrica química en miniatura, ya que hay una gran cantidad de componentes que se generan a partir de los materiales básicos. La primera vez que intentaron analizar los componentes del tabaco fue en 1800, sin embargo, fue hasta 1954 cuando se identificaron plenamente alrededor de 100 compuestos. Actualmente, se sabe de más de 40, 000 sustancias químicas en el humo del tabaco (Rico-Méndez y Chapa, 1997; Rico y Ruiz, 1990; Sansores, H. R., Valdelamar V. F., y Giraldo, B. F., 2000).

A continuación aparece un cuadro donde se describirán brevemente los 4 componentes principales del tabaco (Cicero, S. R., Becerril C. G., Ramírez C. E., y Salinas, M. F., 1991; Martínez y Rubio, 1994; NICORETTE Inhalador, 1996; Ramírez, M. Ma. E., 1993; Rubio, M. H., y Fabián, S. M., 1995; Sustancias del tabaco, 2000; Trevethan, C. S., Monroy R. JR., Bravo, A. H., González B. C., y Sánchez, A. P., 1996, Villalba, Sansores et. al. 1999).

SUSTANCIAS DEL TABACO			
Nombre	Características	Efecto	Observaciones
Nicotina	Es un alcaloide de amina terciaria derivada de la planta del tabaco, es incolora y soluble en agua y lípidos. Es absorbida por membranas orales y estómago; no así en el intestino delgado.	Es la responsable del bienestar psicológico y la dependencia biológica del fumador. Activa los receptores acetilcolínicos nicotínicos relacionados con la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, el aprendizaje y la memoria. En dosis bajas estimula el sistema Nervioso Central. En dosis altas provoca la depresión del centro respiratorio, taquicardia e hipertensión, así como la liberación de la hormona antidiurética y catecolaminas.	Las concentraciones más altas se encuentran en el cerebro, riñón, hígado, pulmón y bazo. Es absorbida por la sangre en cuestión de 7 segundos. Se ha visto que en un cigarrillo hay suficiente nicotina para matar a un niño si se consume directamente en lugar de fumarlo.
Alquitrán	Compuesto viscoso de color marrón oscuro que forma parte de las partículas condensadas del humo del cigarrillo. Es un indicador tumoral altamente carcinógeno.	Actúa sobre las células formando enlaces histológicos con daño irreversible (cáncer)	Las partes más sensibles del cuerpo a dicha sustancia son la cavidad nasal, tráquea, pulmones, hígado, páncreas y vejiga, entre otras.
Monóxido y Dióxido de Carbono	Son gases incoloros, inodoros e insípidos. El monóxido de carbono (CO) existe en el aire que se respira y tiene gran afinidad por la molécula de la hemoglobina (Hb).	Disminuye la capacidad de transporte del oxígeno a través de la sangre.	Se relaciona con el desarrollo de la enfermedad vascular aterosclerótica, especialmente en la enfermedad coronaria.

Un estudio realizado utilizó un cuestionario para obtener datos relacionados con una variedad de motivos y gratificaciones, estilos de fumar y situaciones en las que esta conducta ocurre. Clasifica a los fumadores en siete grupos según la motivación del hábito.

1) Hábito psicosocial - Su uso tiene un valor simbólico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sexualidad y sofisticación. Ayuda a

aumentar la confianza social y ganar la aceptación dentro de grupos de la misma clase fumar es intermitente y tiende a ocurrir en situaciones sociales. Es frecuente en jóvenes, especialmente adolescentes.

- 2) Hábito sensoriomotor** - Envuelve el placer de las numerosas sensaciones de fumar ligadas a la despreocupación y el uso de manipulaciones tanto oral y manual como respiratorias Ver la cajetilla, sentir el cigarro en la mano y en la boca, el proceso de encenderlo, mirar el humo, el olor, el sabor y el sonido, contribuyen a la formación de un acto sensoriomotor elaborado La repetición de este acto es en si mismo más gratificante que su efecto farmacológico
- 3) Hábito por indulgencia-** Probablemente es el más común, se consumen menos de veinte cigarros diarios y se fuma por placer, generalmente en etapas de reposo o relajación, después de los alimentos fumar se asocia al consumo del café, té o bebidas alcohólicas.
- 4) Hábito sedante-** El tabaco es usado como un sedante o tranquilizante para aliviar estados de ansiedad y tensión. Su frecuencia varia de acuerdo con el estado emocional del fumador Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos Es más frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas, que fuman "para no subir de peso".
- 5) Hábito estimulante.-** El tabaquismo ocurre cuando la persona está ocupada y activa La acción estimulante de la nicotina ayuda a pensar y concentrarse mejor, mitigar la fatiga y resistir la tensión La inhalación del cigarro es profunda y su consumo es alto.

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

7) Hábito automático.- Se da principalmente entre los fumadores crónicos que presentan hábito estimulante o adictivo, o ambos. El acto de fumar se ha vuelto inconsciente y no se dan cuenta del consumo.

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

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

Cita Rusell donde propone una clasificación de los fumadores que han persistido hasta la actualidad y que se basa en el patrón de reforzamiento predominante. Rusell refiere tres patrones en particular que son:

1) Recompensas psicosociales Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo, así como obtener las connotaciones

simbólicas de rudeza y precocidad. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.

- 2) Recompensas sensoriales. Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión
- 3) Recompensas farmacológicas. Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

De acuerdo a Rusell, se obtienen entonces cinco grupos diferentes que interrelacionan estas recompensas, las características de tales se describen a continuación:

1. Fumador psicosocial. En esencia, las recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no existe inhalación de nicotina El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas

2. Fumador indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etcétera.

3. Fumador por tranquilizarse. El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la

ansiedad y la tensión Las recompensas son tanto sensoriales 'como farmacológicas, y la frecuencia en el fumar varia de acuerdo con el estado emocional.

4. Fumador por estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir.

5. Fumador por adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias.

Entre los problemas más comunes derivados del uso del tabaco, dentro de la Encuesta Nacional de Adicciones (SSA-CONADIC, 1998-99) son las siguientes:

Problemas	Porcentaje
Despertar en la noche para fumar	7.40%
Sentirse nervioso por no fumar	21.30%
Intentar no fumar sin conseguirlo	39.60%
Médicos	23.00%
Pareja	25.60%
Familiares	34.80%
Laborales	8.70%

Respecto a la Psicopatología implicada como una de las circunstancias más importantes, la cual se cataloga como una adicción menor, comprende fundamentalmente: la personalidad del fumador, la motivación para fumar y el reforzamiento social del problema Según la misma encuesta, las principales actividades en las que se incrementa más el consumo de los fumadores son:

Motivación	Porcentaje
Asistir a reuniones	35.9%
Terminar de comer	15.3%
Trabajar	14.8%
Al consumir bebidas alcohólicas	0.3%
Durante actividades recreativas	10 0%

Por otra parte las investigaciones concluye que no hay un tipo de fuerzas psicológicas que predomine en las motivaciones para fumar o no fumar, y que tanto fumar como no fumar puede ser una manera de expresar el conflicto entre la satisfacción de los propios deseos y la adaptación a las exigencias y expectativas de la sociedad y de sus figuras prominentes. El que un fumador se plantee la renuncia o modificación de su hábito de fumar, el éxito que tenga en el empeño depende en gran parte de la percepción de la amenaza que represente el seguir fumando, lo útil que sea psicológicamente para él, el fumar, y las influencias ambientales que favorezcan u obstaculicen sus esfuerzos por modificar el comportamiento.

Podemos decir entonces que si tomamos en cuenta el número de fumadas por cigarrillo (7 a 10 aproximadamente) y la cantidad de cigarrillos consumidos al día, se puede calcular la enorme carga de reforzadores, lo que lleva a la conclusión de que el fumar es una conducta altamente reforzada (INER, 1991), los fumadores defienden su adicción a capa y espada, y si se ha hablado del tema, los fumadores se ratifican en su conducta tabáquica con mil argumentos y una conducta a la defensiva, y es porque fumar llega a manifestarse como algo inherente a la persona fumar llega a ser parte de uno mismo, y esto no deja de constituir desde el punto de vista psicológico algo singular.

Sin embargo, si el fumador esta convencido de "querer" dejar de fumar, puede lograrlo. Cambiar de actitud, de un "no quiero" dejar de fumar" a un "si quiero" dejar de fumar, está en la base de la ruptura psicológica para dejar de fumar, y este paso quizá sea el más difícil de todos. Justo en el momento en que el fumador cambie de actitud, estará iniciando el proceso de dejar de fumar.

1.11 Aspectos Psicológicos del Tabaquismo.

Russell afirma que fumar cigarrillos es probablemente la forma más adictiva y productora de dependencia; ya que es autoadministradora de una gratificación placentera, experimentada por el ser humano (*Ramírez, C.E., González R. E., y Cícero, S. R., 1995*).

En una encuesta realizada en los Institutos Nacionales de Salud en México, se encontró que más del 70% de los fumadores quieren dejar de fumar, pero no han podido; es por ello que la adicción a una droga se considera fundamentalmente como una enfermedad cerebral; además se ha demostrado que el cerebro del adicto es cualitativamente diferente del cerebro del no-adicto y que el tabaquismo no es un hábito, es fundamentalmente un trastorno cerebral de naturaleza neuroquímica favorecida por el contexto social. Algunos estudios sugieren que una vez que una persona comienza a fumar regularmente, es muy difícil que deje de hacerlo; y esto se debe en parte a la dependencia física creada por la adicción, generada por la nicotina y también a la dependencia psicológica (*Villalba, Sansores et. al, 1999*).

Y se dice que los dos principales factores que determinan si un fumador dejará o no de fumar son: a) la **motivación** que se encuentra determinada por diversos factores como la conciencia de los riesgos que fumar entraña para la salud propia y de los demás, el costo financiero del tabaco, presiones sociales para dejar de fumar y la percepción por parte del fumador de los beneficios del hábito tabáquico; y b) su nivel de **adicción** (*Foulds, 1999*).

El tabaquismo se encuentra asociado a muchos aspectos placenteros que atraen a los fumadores, entre los que se encuentra, el ritual que envuelve el acto de fumar, manipular los cigarrillos, el mechero a los cerillos, inhalar el humo y observar las formas que adquiere mientras va descendiendo (*Villalba, Sansores et. al., 1999*). Algunos fumadores sostienen que fumar calma los nervios y que en otras ocasiones funciona como estimulante; diversos estudios han demostrado que éstos son los efectos que produce la nicotina, y que ambos, a pesar de ser opuestos, son ciertos. Esto depende de las dosis que se consuma, de la actividad del consumidor y de su constitución psicológica y física (*Foulds, 1999; Guia Médica Familiar 1997-98*).

También se vincula el tabaco con lo social, ya que ofrecer y aceptar un cigarrillo, "fuego para fumar", son códigos que pueden establecer una relación cordial entre las personas. Algunos sujetos fuman para integrarse a un grupo, y para muchos tímidos el cigarrillo supone un elemento que proporciona cierta confianza en uno mismo (*Martín del Campo, 1998*).

El hábito de fumar, en los jóvenes se relaciona con el deseo de no sentirse aislados; también influyen las costumbres de los padres, sus hermanos mayores, amigos y el círculo social al que pertenezca. Por otra parte, los medios de comunicación, el cine, la televisión y la publicidad, proporcionan una imagen del fumador como persona segura de si misma, atractiva, popular y con éxito (*Guía Médica Familiar 1997-98*); además, se ha observado que los fumadores cuentan de manera eficaz; quedando demostrado que los fumadores son más ansiosos que los no fumadores y que requieren de mayor control externo, ya que tienen un pobre control interno; incluso podría pensarse que a medida que la autoestima sea más baja y el locus de control tienda más hacia la externalidad, se mantendrá más el hábito de fumar; ya que un sujeto con un bajo nivel de autoestima y un locus de control externo se preocupará menos por su salud y sentirá que tiene poco control de su conducta y de los acontecimientos que la controlan (*Ramírez, 1993*). Datos similares se encontraron en un estudio realizado en el área rural de Japón, donde se observó que los sujetos fumadores son más extrovertidos y que pueden ser diagnosticados con Neuroticismo; lo que nos permite concluir que puede haber una relación entre dependencia al tabaco y personalidad o emociones negativas (*Yoshimura, K., 2000*).

Si se fuma es porque es difícil cambiar el goce de algunos placeres y el enmascaramiento de situaciones poco satisfactorias que sienten cubrir con el cigarrillo (*León, R. C., 1998*); además, según comentó Sigmund Freud "**el cigarrillo es para los fumadores un objeto de amor**", motivo por lo que es tan difícil dejarlo (*Sansores y Espinosa 2000*); ya que el fumar es el modo sublime de pronunciar: yo puedo, yo quiero, yo cumplo; ofrece una máscara (humo) a la hora

de enunciar resoluciones; y ha sido siempre un pretexto de conversación, un modo de conocer gente, una manera de relacionarnos con los demás (*Martín del Campo, 1998*). Desde el terreno psicoanalítico observamos que el fumador presenta fijaciones en la etapa oral de su vida. Esta etapa se inicia en el nacimiento y prevalece aproximadamente dos años, durante los cuales el niño introduce cosas en su boca y de esa manera se conoce.

La actividad de "mamar" o "succionar", además de ser un reflejo innato, integra también a las emociones. Desde este contexto, el hábito de fumar es una actividad oral que además de cumplir con los requerimientos físicos de nicotina en el organismo, cumple funciones emocionales para el fumador al que podría compararse con un bebé adherido con su boca al chupón o al pezón, satisfaciendo necesidades emocionales de antaño. Y así como el niño hace berrinches y se tranquiliza sólo con el chupón en la boca, el cigarro cumple con la misma función en el adulto; además emite humo caliente que a su paso por el esófago evoca sensaciones pasadas, como las del paso por dicho conducto de la leche tibia con que se fue alimentando al inicio de la vida.

El fumador es entonces, un parálítico emocional que requiere del cigarro como una muleta para compensar sus deficiencias y carencias psíquicas. El placer que obtiene fumando es la sustitución de un placer afectivo anhelado; además el cigarrillo se vuelve un regulador de la homeostasis (equilibrio) emocional del fumador. La succión del humo funciona en muchas ocasiones como una fuerza que impide la expresión libre de la agresión; además goza del "privilegio" de poseer entre sus dedos una brasa de lumbre, es el tenedor de una importantísima

necesidad ancestral de supervivencia: el fuego; ésta es una ganancia a nivel inconsciente que se vincula, paradójicamente, con la histórica lucha del hombre por su supervivencia (Casillas, 1994).

Dependencia Psicológica

La dependencia psicológica se puede definir como el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica peligro para la vida del sujeto; ya que al suspenderla siente necesidad (no física) de tomarla. Y es donde el tabaco se vuelve necesario, ya que lo ayuda en situaciones de angustia, inseguridad, tensión y depresión, entre otras cosas. En ocasiones las personas fuman cuando están a gusto y tranquilos o en cualquier otra situación y así cada vez el cigarro se vuelve un recurso indispensable para estos momentos. Una vez establecida esta necesidad, es muy difícil dejar de fumar (González et. al., 2001).

Desde un punto de vista conductual hábito es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo respuesta y un reforzador. En el caso del tabaco, cada inhalación representa un reforzador; y si tomamos en cuenta la cantidad de fumadas por cigarrillo (de 7 a 10 más o menos) y la cantidad de cigarrillos por día, tenemos una cantidad impresionante de reforzadores; lo que nos lleva a concluir que dicha conducta es altamente reforzante.

Existen algunos casos donde no todas las inhalaciones son reforzantes, esto se presenta más en las personas que fuman mucho, lo cual podría compararse con el reforzamiento intermitente, que es difícil de extinguir o eliminar.

Otro factor que influye el mantenimiento del hábito es que la *solidez* y la *tasa de aprendizaje* aumentan cuando el reforzamiento sigue de cerca a la respuesta. Y se puede ver que en el caso del tabaco, el reforzador se obtiene inmediatamente con cada inhalación, aunado a esto se sabe que los efectos negativos no se observan a corto plazo, por lo cual no son tomados en cuenta. Además el efecto farmacológico de la nicotina. En si mismo es un reforzador que puede actuar como estimulante o sedante de acuerdo a la dosis y el sitio de acción, entre otras cosas. Y según investigaciones existe una dosis óptima para cada persona, por lo que rechazan el exceso y si se recibe poca se desea más; por lo que la gente fumará para completar su dosis.

La Dependencia a la Nicotina constituye un trastorno psiquiátrico reconocido, incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R); ya que en general se produce una habituación a los efectos locales de la nicotina y se desarrolla tolerancia a los efectos donde existe un refuerzo del hábito por ejemplo, por presión del círculo social. Además de que se asocia un tanto a situaciones positivas (por ejemplo, después de comidas y consumo del alcohol en situaciones sociales) como a situaciones negativas (por ejemplo, momentos de estrés), las cuales tienden a desencadenar el acto de fumar (*Maldonado, 1999; Roales, 1994*).

La dependencia psicológica se fundamenta en procesos de condicionamiento, propios de cada fumador, por los que durante años el tabaco es el "*amigo*" que le ha acompañado inseparablemente en unas circunstancias y situaciones determinadas, de tal manera que no sabe vivirlas sino es en su compañía (www.encolombia.com/nicotrans.conosa.htm).

Por otro lado, el hábito tabáquico funciona como cualquier otra conducta adictiva, en la cual en sus fases iniciales los efectos que tiene sobre el organismo son estimulantes; sin embargo, conforme este hábito va aumentando, los efectos que se tienen en el organismo son depresores (*Méndez, G. M., Cedillo A. P., Meneses F. M., y Pérez, N. J., 1995*).

1.12 Aspectos Psicosociales del Tabaquismo

A largo de muchos estudios realizados en el mundo ha quedado demostrado que la edad en que tiene lugar la iniciación del tabaquismo es antes de los 20 años. La búsqueda de la propia individualidad e identidad, la fórmula para hacer contagio y romper el hielo con los demás, o el ritual de iniciación para el adolescente pasa de anticuado a ser más hombre. Pueden ser muchas las causas, una de ellas es el tabaquismo social, en donde asisten muchos factores que influyen para que los individuos empiecen a fumar, siendo los más importantes aquellos de tipo psicosocial. Ello se debe a que la conducta de fumar se realiza con mayor frecuencia en una interacción social.

Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen y a la inversa. El hábito es más frecuente en aquellas familias en las que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que esta sujeta a las normas de reforzamiento positivo o negativo.

Las primeras teorías respecto al componente psicológico del hábito lo relacionaban con problemas sexuales. Estas teorías que provenían del

psicoanálisis están desfasadas. Más bien se cree que el componente psicológico viene dado por el proceso, según la cual, el apoyo social refuerza el hábito.

En la iniciación del hábito influye también el afán de contactos que tiene un individuo adolescente, en su interés por lograr una identidad y fortalecer su “yo”, que en esta etapa se ve afectada por los cambios psicosociales que conllevan sus cambios físicos propios de la adolescencia. El tabaquismo es un hábito que se ha universalizado, llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, postulándose tres mecanismos básicos de motivación:

- a) Disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc.; es decir, con- el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
- b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
- c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina (Rico, 1990)

Aragonés (1981), indica que podemos agregar también que el mantenimiento del hábito al principio es intermitente y está confiado a situaciones sociales. El fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y agrega las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas, al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante la gratificación farmacológica *Schwartz (1978)*, argumenta que no podemos hablar de una personalidad característica de los fumadores, ya que se desconocen factores del comportamiento que impulsan a los individuos a fumar, en especial a los jóvenes, y que impiden a los fumadores a renunciar al tabaco Sin embargo, existen diferencias de personalidad entre fumadores y no fumadores, diferencias que han de estar presentes antes de comenzar a fumar.

Por otra parte, encuentra ciertas diferencias dignas de mención entre fumadores y no fumadores en las escalas Pp (Psicopatía) y Ma (Manía) del MMPI-I. Los fumadores muestran mayor actividad transgresiva en comparación con los no fumadores entre los factores que más influyen cuando se empieza a fumar se encuentra el hecho de tener amigos o familiares que fumen, ciertas características personales como la curiosidad, la rebeldía o el deseo de afirmar la independencia e imitación de un modelo.

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

Rico (1990), subraya que respecto a los efectos del tabaco en la afectividad, al registrar cambios de humor en relación con las tareas psicomotoras y perceptuales estresantes en grupos de fumadores y no fumadores. El fumar reduce las variaciones o fluctuaciones del talante, y estos cambios fueron más significativos conforme aumentaba el estrés. Un estudio realizado utilizaron un cuestionario para obtener datos relacionados con una variedad de motivos y gratificaciones, estilos de fumar y situaciones en las que esta conducta ocurre y clasifica a los fumadores según la motivación del hábito.

Capítulo II T É C N I C A S G R A F O P R O Y E C T I V A S

2.1 Definición.

Las técnicas grafoproyectivas son los instrumentos de evaluación de la personalidad menos estructurados. De manera tradicional estas técnicas se han usado en contextos clínicos para identificar problemas personales y diagnosticar Psicopatologías. Sin embargo, algunas técnicas proyectivas han sido diseñadas o extendidas hacia el análisis de la personalidad normal.

Es fundamental la medición precisa de las diferencias individuales, las pruebas psicológicas proporcionan herramientas estandarizadas para investigar problemas tan diversos como los cambios que sufre el individuo a lo largo del ciclo de desarrollo. *(Anastasi, Anne, Urbina Susana. 1998)*

Toda persona desarrolla un espectro de procesos defensivos, algunos de los cuales son usados con mayor frecuencia, tienen en forma más intensa su modo de vincularse con la realidad interna y externa, y son los más adaptados para lograr el equilibrio. Además subyacen procesos defensivos que se movilizan en situaciones vitales distintas, de mayor estrés emocional, en situaciones de regresión o de progresión.. *(Siquier de Ocampo María Luisa, García Arzeno María Esther, Grassano Elsa 2001)*

Las pruebas grafoproyectivas estudian la personalidad de manera muy diferente a otras técnicas. Intentan describir en forma indirecta los deseos, pensamientos y necesidades profundas, ocultas o inconscientes.

No tiene respuestas correctas o incorrectas, lo cual reduce en mucho las posibilidades de que los sujetos finjan o simulen. Este tipo de instrumento puede ser una rica fuente de información dado que no solo se limita a simples respuestas de falso o verdadero. De esta forma podemos descubrir la manera en que el individuo organiza su experiencia personal para así entrar en su mundo privado de significados, modelos y sentimientos.

Se basan en las manifestaciones de la conducta de una persona incluyendo las menos y más significativas o anómalas.

Se han desarrollado varios tipos de técnicas proyectivas, incluyendo asociaciones de palabras, frases incompletas, dibujo de figuras humanas, respuesta a manchas de tinta e inventar historias a ilustraciones. (*Aiken, Lewis R. 2003*).

Lo que caracteriza a estas técnicas es su falta de estructuración y su eficacia para indicar la configuración psicológica del sujeto a través de sus esfuerzos activos y espontáneos por “estructurar” el material de prueba.

2.2 Antecedentes.

Desde el tiempo de las cavernas el hombre ha utilizado el dibujo como una forma de comunicación. Los desarrollos teóricos de Clapared y Luquet a principios del siglo XX, respecto al dibujo y su relación con la capacidad intelectual, fueron los que dieron como resultado el “Tests del Dibujo de la Figura Humana” de Goodenough (1926) como uno de los máximos exponentes de su época. (*Celener, Febbraio, Rosenfeld, et al. 2003*)

A mediados del siglo XIX la psicología se desligó de la fisiología, así también hacia 1880 el método de las técnicas mentales se estableció. En 1890 McK.-Cattell creó el término de tests mental, para designar una serie de pruebas psicológicas utilizadas en el examen de las diferencias individuales. Estas primeras pruebas estaban destinadas en su mayoría a medir funciones sensoriomotrices elementales. *(Pichot Pierre, 1976)*

Se han desarrollado varios tipos de técnicas proyectivas, incluyendo asociaciones de palabras, frases incompletas, dibujo de figuras humanas, respuesta a manchas de tinta e inventar historias a ilustraciones. *(Aiken, Lewis R. 2003).*

Frank (1939, 1948) introdujo el termino Método Proyectivo para describir una categoría de pruebas para el estudio de la personalidad con estímulos desestructurados. Las técnicas proyectivas datan del siglo pasado. Galton (1879) desarrolló la primera técnica proyectiva (una prueba de asociación de palabras). *(Gregory Robert J.2001).*

La hipótesis proyectiva sostiene que un individuo da estructura a estímulos que no están estructurados de una manera consistente con el propio patrón único de necesidades, temores, deseos, impulsos, conflictos, formas de percibir y responder concientes e inconscientes.

A diferencia de los métodos de informe personal, las pruebas proyectivas son métodos indirectos de evaluación de la personalidad. *(Cohen Ronald Jay 2000).*

Antiguamente el hombre utilizó dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que símbolos que registraran específicamente el habla. Desde el hombre de las cavernas en adelante, el ser humano –tanto el primitivo como el civilizado- expresó sus emociones, sentimientos, ideas religiosas y necesidades mediante el trabajo artístico. El hombre alcanzó el estadio del lenguaje escrito solo hace poco más de dos mil años. El hombre primitivo intentó hacer perdurar su expresión únicamente por medio de dibujos. Desde este punto de vista, la comunicación pictórica constituye un lenguaje básico o elemental.

También el individuo comienza a emplear la comunicación gráfica ya hacia una época muy temprana de su vida. Los niños primero dibujan y sólo después escriben. Por ello, en los dibujos proyectivos así como en los sueños los conflictos inconscientes emplean el lenguaje simbólico con bastante facilidad. Los dibujos al igual que el lenguaje alcanzan las capas primitivas del sujeto, Freud y sus continuadores hicieron que no sólo el clínico, sino también el artista y el público tomaran conciencia en general del hecho de que el inconsciente se expresa en imágenes simbólicas. El ritmo acelerado de la vida moderna, ha hecho que una exagerada racionalización se imponga sobre los niveles más profundos de manifestación inconsciente, tales como la expresión de imágenes, lenguaje de los sueños, etc. Siempre se intenta emprender algún tipo de actividad creadora, la tendencia es basarse en los niveles más profundos o primitivos de uno mismo. El observador de una obra de arte siente a menudo una relación integral entre la obra y el artista, como si la obra sacara a flote algo más personal, sagrado o significativo del artista.

Hace ya cientos de años que se ha reconocido la influencia que los aspectos físicos tienen en el arte de pintar retratos. Se asegura que fue Leonardo Da Vinci, genio en tantas esferas de la creatividad, quien por primera vez observó este proceso de proyección. Afirmando que la persona que dibuja o pinta, “si no cuenta con un entrenamiento adecuado que tienda a proteger las capas más íntimas de su personalidad, entonces puede tender a prestar a las figuras que realiza su propia experiencia corporal” (*Kris, E.: Psychoanalytic Exploration in Art. Hammer, E. F. 1997*).

Hace ya mucho tiempo también que se ha reconocido que todo arte contiene algún ingrediente de la personalidad íntima del artista. Fue un artista, Elbert Hubbard, quien observó que “Cuando un artista pinta un retrato, en vigor pinta dos, el del modelo y el propio” y Alfred Tunnelle, otro artista perspicaz, comentó: “El artista no ve las cosas como son, sino como es él”. (*Citado en Hammer, E. F. (1997)*).

En los últimos treinta años se ha iniciado y desarrollado una nueva manera de enfocar la descripción y el diagnóstico de la personalidad, principalmente a través de la elaboración, perfeccionamiento y aplicación de métodos proyectivos de psicodiagnóstico. Como ocurre con casi todos los “movimientos prometedores”, se ha sacrificado la validación científica a la rápida difusión de ideas nuevas. La variedad de este grupo, que va desde el dibujo a ciegas hasta la narración de historietas y la construcción de mosaicos, impide hasta cierto punto presentarlo desde una manera organizada y sistemática. (*Aiken, Lewis R. 2003*).

2.3 Definiciones de Técnicas Proyectivas.

Lindzey. Son aquellos instrumentos considerados especialmente sensibles para rebelar aspectos inconscientes de la conducta, los cuales permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas.

Cattell. Son tests del dinamismo, tests objetivo de percepción errónea a través de los cuales se pretende sondear la dinámica de la personalidad o procesos cognitivos del sujeto.

Fiske. Técnicas de evaluación del mundo cognitivo del sujeto, que pueden servir de indicadores para el diagnóstico o para la descripción del sujeto. Las definiciones hechas desde diferentes modelos coinciden:

- ✓ con esta técnica se puede evaluar el mundo interno del sujeto.
- ✓ Es un material con un mínimo de estructuración y que provoca respuestas muy creativas del sujeto. (<http://inper.pruebas-psicologicas/html>)

Las técnicas proyectivas son definidas por Lindzey (1961) como instrumentos especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la persona que provocan una amplia variedad de respuestas subjetiva; son solamente multidimensionales y evocadores de datos inusualmente ricos. Estas técnicas han mostrado utilidad a la hora de evaluar aspectos cognitivos y afectivos de los sujetos que pueden servir de indicadores para el diagnóstico o la descripción. (*Fernández Ballesteros Rocío, 2004*).

Son un conjunto de instrumentos empleados para evaluar la personalidad y elaborados especialmente desde un punto de vista clínico en psicología. Representan una manera especial de interpretar las motivaciones más íntimas y profundas del ser humano, y se considera que permiten captar el sentido de la organización global con que se estructuran las distintas formas del comportamiento que definen la personalidad como algo esencialmente único y particular. *(Cortada de Kohan Nuria 2000)*.

Son otra forma de averiguar algunos aspectos de nuestra personalidad. Todos sabemos que las personas son muy diferentes unas de otras, sin embargo hay una serie de rasgos de la personalidad que son universales con lo que podemos tener una idea más clara de cómo son las personas y de cómo actúan ante determinadas circunstancias. *(Navarro Susana 2004)*.

Lawrence Frank (1939) acuñó el término técnica Proyectiva para referirse a los procedimientos de evaluación psicológica en los cuales las personas “proyectan” sus necesidades y sentimientos internos en estímulos ambiguos. Los estímulos son materiales y/o tareas relativamente no estructurados en los que se pide a la persona describir, contar una historia al respecto, complementar o responder de alguna otra forma. Como los materiales o tareas de estímulos son de un contenido relativamente no estructurado y flexibles en términos de la respuesta provocada, se supone que la estructura impuesta por la persona que responde es un reflejo, o proyección, de sus percepciones individuales de las cosas. También se supone que los materiales menos estructurados tienen mayor probabilidad de revelar facetas importantes de la personalidad que los más estructurados.

Las aplicaciones de las técnicas proyectivas son similares a las de los inventarios de personalidad, pero las técnicas proyectivas se usan más con propósitos de psicodiagnóstico en clínicas de salud mental, hospitales y centros de orientación. Sin embargo, las técnicas proyectivas no proporcionan un “ábrete sésamo” al inconsciente o una radiografía de la mente. Además, la falta de estructura es un arma de dos filos que puede dar como resultado una gran cantidad de datos difíciles de interpretar.

La mayoría de las técnicas proyectivas no logran cumplir los estándares convencionales de confiabilidad y validez. Sus coeficientes de confiabilidad son generalmente bajos, lo cual refleja factores situacionales y de subjetividad en la calificación e interpretación. En comparación con los usuarios de los inventarios de personalidad, a los usuarios de las técnicas proyectivas tiende a preocuparles menos la confiabilidad, validez y las normas, interesándose más la riqueza de la interpretación impresionista y el análisis clínico de las respuestas. Las técnicas proyectivas intentan capturar un proceso inconsciente, la interpretación de las respuestas que suscitan han recibido una gran influencia de la teoría psicoanalítica.

No es sorprendente que el mayor incremento en el uso de técnicas proyectivas tuviera lugar entre 1940 y 1960, una época en que el pensamiento psicoanalítico ejerció una influencia muy fuerte en la teoría y la investigación de la personalidad. Muchas técnicas proyectivas disponen de sistemas formales de calificación, pero los psicólogos clínicos y orientadores que interpretan los protocolos de las pruebas proyectivas, tratan, por lo general, de formarse una

impresión global de la personalidad del examinado buscando consistencias y rasgos sobresalientes en el patrón de respuestas. en lugar de conducir a un diagnóstico preciso, las respuestas a los materiales proyectivos pueden sugerir hipótesis explicatorias concernientes a la psicodinámica de la personalidad y los problemas del examinado. *(Aiken, Lewis R.2003).*

Cuando Frank (1939) acuñó el término métodos proyectivos, resultó ser el término disponible más apropiado en ese tiempo, pero rápidamente se ha venido demostrando que es un término engañoso. La proyección. Ha sido entendido generalmente por la psicología estadounidense (Bellak & Casen, 1964) como un mecanismo de defensa al servicio del yo, destinado a evitar la conciencia de los deseos inaceptables, pensamientos e impulsos, y a cumplir con su tarea asignando dichos fenómenos subjetivos indeseables al mundo objetivo. *(Bellak Leopold, 1997).*

La identificación proyectiva es un mecanismo mental por el cual el sí mismo experimenta la fantasía inconsciente de colocarse, o colocar aspectos propios en un objeto con fines de indignación o de defensa. Es la responsable de la introspección sustitutiva, y en una forma más sublimada, de la empatía.*(Grotstein James S. 1981).*

El punto fundamental de estas técnicas es recoger información la cual va desde lo psicométrico a lo impresionista. Los psicométricos miden la ejecución a través de los números ya que si algo existe, debe de existir en alguna cantidad, y si algo existe en alguna cantidad, puede medirse. Mientras en la aproximación que

se basa en las impresiones sirve para realizar una descripción individualizada.
(Cronbach Lee J., 1998)

Para su evaluación se siguen normas o criterios globales y cualitativos, las diferentes respuestas suelen valorarse de manera personal ya que suelen referirse a características individuales de la personalidad. (Martínez Arias Rosario, 1995)

Las técnicas proyectivas en general, tanto sea el análisis de la letra como del dibujo, han alcanzado un desarrollo en las disciplinas como la Psicología laboral, Psicología Infantil, la publicidad, la medicina Psicosomática, el campo forense y muchas otras.

Decimos que son proyectivas porque el sujeto es aquí donde proyecta características particulares de su personalidad. Este mecanismo es importante ya que desempeña el principal papel en la configuración del mundo externo. (proyectar es poner en el afuera algo que pertenece al adentro del sujeto).
(<http://www.geocities.com/centrotecnicas/proyeccion.html>)

2.4 Antecedentes.

El nacimiento de las técnicas proyectivas se produjo a comienzos de este siglo. Usualmente se toma como un punto de referencia el año 1905, fecha de aparición del Tests de Asociación de palabras de C. G. Jung, aunque en rigor, su desarrollo más vigoroso se manifestaría a partir de 1930. (Juri Luis José, 1979).

Desde el principio de la historia humana se ha reconocido que las personas difieren en cuanto sus aptitudes cognoscitivas, características de personalidad y comportamiento, y que estas diferencias pueden evaluarse en cierta forma. Hace

casi 2, 500 años, Platón y Aristóteles escribieron acerca de las diferencias individuales, e incluso ya tenían como antecesores de esta actividad a los antiguos chinos (Bowman, 1989; Doyle, 1974). Desde la remota fecha del año 2200 a.c, el entonces emperador chino instituyó un sistema de exámenes en el servicio civil para determinar si los funcionarios gubernamentales eran aptos para desempeñar sus labores. Este sistema, de acuerdo con el cual se examinaba a los funcionarios para evaluar su destreza, fue continuado por sucesivos gobernantes chinos (Green, 1991). Se trataba de exámenes orales, más que escritos, que evaluaban no solamente lo que los examinados respondían, sino también el como lo decían. Durante el siglo XIX, los gobiernos británicos, francés y alemán diseñaron sus exámenes para el servicio civil tomando el antiguo sistema chino como patrón. Durante la Edad Media era prácticamente inexistente cualquier preocupación por la individualidad.

Se permitía poca libertad para la expresión o el desarrollo individuales. No obstante hacia el siglo XVI, se torno más progresista, menos doctrinaria y fue desarrollándose la idea de que las personas eran únicas y tenían derecho a afirmar sus dones naturales y a mejorar su posición en la vida. Esta era de Renacimiento, y el subsiguiente periodo de la ilustración no solo fueron etapas durante las cuales el interés por el aprendizaje y la creatividad resurgió y fue fomentado, constituyó también un renacimiento del individualismo. Sin embargo, no fue sino hasta finales del siglo XIX cuando realmente se inicio la evolución del estudio científico de las diferencias individuales en cuento a aptitudes y personalidad.

A principios del siglo XIX, los científicos solían considerar las diferencias en cuanto a habilidades sensoriomotrices y mentales sobre todo como un fastidio o una fuente de error. Antes de la invención de instrumentos precisos y automáticos para medir y registrar acontecimientos físicos, la precisión de las mediciones científicas de tiempo, distancia y otras variables físicas dependían en gran medida de las habilidades de percepción motrices de los observadores humanos. La mayoría de estos observadores estaban muy bien capacitados y eran sumamente cuidadosos al realizar mediciones, pero aun así éstas variaban en forma considerable al ser efectuadas por distintas personas o incluso por el mismo observador en ocasiones diferentes. Impulsado por los escritos de Charles Darwin sobre el origen de las especies y por el surgimiento de la psicología científica, el interés por el estudio de las diferencias individuales creció durante la última parte del siglo XIX. Fue entonces cuando Gustav Fechner, Wilhelm Wundt, Hermann Ebbinghaus y otros psicólogos experimentales demostraron que los fenómenos psicológicos podían ser descritos en términos cuantitativos y racionales. Los acontecimientos que ocurrían en Francia y en Estados Unidos también fueron importantes para el desarrollo de las pruebas psicológicas.

Los desarrollos teóricos de Clapared y Luquet a principios del siglo XX, respecto al dibujo y su relación con la capacidad intelectual, fueron los que dieron como resultado el "Test del Dibujo de la Figura Humana" de Goodenough (1926) como uno de los máximos exponentes de su época. *(Celener, Febbraio, Rosenfeld, et al.2003).*

Otros pioneros en pruebas y evaluaciones psicológicas fueron Charles Spearman en teoría tests, Edward Thorndike en pruebas de aprovechamiento, Lewis Terman en pruebas de inteligencia, Robert Woodworth y Herman Rorschach en pruebas de personalidad, y E. K. Strong hijo en mediciones de interés. El campo de la aplicación de los tests psicológicos ha crecido rápidamente desde la década de 1920. Después de la Segunda Guerra Mundial, las pruebas estandarizadas, en particular las orientadas a evaluar los aprovechamientos académicos, se expandieron por todo el mundo.

El nacimiento de las técnicas proyectivas se produjo a comienzos del objetivo principal de las pruebas psicológicas en la actualidad es el mismo que el prevaleciente en todo el siglo XX: evaluar el comportamiento, las aptitudes cognoscitivas, los rasgos de personalidad y otras características individuales y de grupo, a fin de ayudar a formarse juicios, predicciones y decisiones sobre la gente. *(Aiken, Lewis R. 2003).*

2.5 Teoría De Las Técnicas Proyectivas Grupales.

Una de las características principales del pequeño grupo es el proceso de interacción que se produce entre sus miembros. Interacción significa acción que se ejerce recíprocamente e implica un proceso de mutuo condicionamiento entre quienes participan en ella. La interacción es el núcleo generador de todas las manifestaciones grupales. Tanto los aspectos estructurales como los dinámicos del pequeño grupo emergen de la matriz de la interacción. Acaso sea éste el hecho nodal alrededor del cual deben girar todas las consideraciones instrumentales. La técnica proyectiva destinada al estudio grupal debe aprehender

al grupo en situación de interacción. Dado que el grupo psicológico no existe como tal cuando no existe interacción se lo debe estudiar cuando sus integrantes están interaccionando mutuamente.

El instrumento debe ser capaz de estimular, con la tarea que presente al grupo, la interacción entre los miembros, pues sólo puede registrarse la interacción grupal cuando existe interacción grupal que registrar. En la construcción de las técnicas proyectivas grupales también debe ser especialmente tenida en cuenta la necesidad de inestructuración de la situación estimulante, nota distintiva de las técnicas proyectivas, que la torna adecuada para la exploración de las dinámicas profundas de un individuo o de un grupo.

A esta inestructuración de los estímulos junto con la tendencia del individuo o grupo a estructurar proyectivamente esos estímulos, se debe que las técnicas acentúen como “disparadores” y “recolectores” de proyecciones, no solo a nivel individual sino también a nivel grupal. En suma cabe decir que los integrantes de un grupo, al organizar una situación-estímulo inestructurada manifestarán o revelarán en forma proyectiva, las dinámicas de las relaciones interpersonales entre ellos establecidas. Resulta necesaria por lo tanto una reformulación de la “hipótesis proyectiva” de D. Rapaport e incluir en ella esta dimensión grupal señalada.

Adoptar la expresión “Técnica proyectiva individual” para designar a los instrumentos proyectivos destinados al estudios individual de personalidad.

“Técnicas proyectiva grupales” para aquellos cuyo objetivo sea penetrar en la dinámica de los grupos humanos. Es conveniente diferenciar entre técnicas proyectivas grupales y tests de administración colectiva, a los que se los suele llamar en algunas ocasiones tests grupales. Las técnicas proyectivas grupales tiene como objetivo el estudio del individuo, sólo que para lograr una mayor economía en el tiempo de administración, se examina simultáneamente a un cierto numero de sujetos, sujetos que no establecen interacción entre si y meramente comparten un lugar físico.

Si se toma como base la distinción entre relaciones objétales y relaciones interpersonales. Se puede expresar que las técnicas proyectivas individuales indagan primordialmente relaciones objétales (las que se establecen con los objetos del campo psicológico interno) en tanto que las técnicas proyectivas grupales indagan relaciones interpersonales (las que se establecen con los objetos del campo ambiental).

Las técnicas proyectivas grupales se encuentran aun en sus comienzos, y por ello sólo es posible mencionar contados ejemplos de este tipo de instrumentos. El estudio de las relaciones interpersonales a través de técnicas proyectivas grupales puede resultar un campo sumamente propicio para el estudio de la personalidad. Es sumamente significativa en este respecto una observación de H. Phillipson.

La psicoterapia de grupo brinda una situación proyectiva particularmente ventajosa si intentamos estudiar la personalidad en función de la teoría de las relaciones objétales. Pues allí la dinámica de la personalidad puede observarse

directamente en función de las relaciones con el terapeuta y entre los miembros del grupo, mientras que en la mayoría de los tests proyectivos la dinámica de la personalidad solo puede verse en su representación simbólica.

Estas consideraciones de Phillipson en relación con el grupo terapéutico son extensibles, en rigor, a todos los grupos psicológicos. En todos ellos puede observarse la dinámica de la personalidad directamente según se postula. En cuanto a la dificultad de que las técnicas proyectivas individuales solo logran representaciones simbólicas de esas dinámicas y podrían obviarse con la utilización de técnicas proyectivas grupales, pues estos instrumentos permiten el registro de las dinámicas grupales y con ello de las interacciones concretas o directas de los sujetos examinados. Dentro del campo de las técnicas proyectivas grupales pueden mencionarse como importantes contribuciones las que han efectuado Henry y Gutzkow en los Estados Unidos y Raúl Usandivaras y Cols. En México. (Cozby P.C. 2004)

2.6 Análisis de los Registros de las Técnicas Proyectivas Grupales.

Los tests recogen en forma eficaz ciertos mecanismos psicológicos que gobiernan la producción del material que brindan los sujetos, en especial la identificación, la proyección y el desplazamiento. En la tarea los sujetos se identifican con los dibujos y con los personajes de la historia. Los dibujos-personajes representan a los examinados, o aspectos de los mismos. Son dos los canales principales a través de los cuales los tests recogen la proyección de los sujetos:

- 1) la expresión gráfica (dibujo)
- 2) la fantasía (historia).

Asimismo, el modo como los integrantes del grupo organizan la situación-estímulo inestructurada revela las dinámicas de las relaciones interpersonales entre ellos establecidas. A través del mecanismo de desplazamiento, las relaciones entre ellos establecidas. A través del mecanismo de desplazamiento, las relaciones entre los miembros del grupo examinado, son transferidas (desplazadas) a las relaciones que mantienen entre sí los dibujos de la lámina y los personajes de la historia, dibujos-personajes con los cuales los sujetos están identificados.

2.7 Análisis de la Producción Gráfica.

Un primer paso en el análisis de una lamina puede consistir en la observación del emplazamiento de los distintos dibujos en la hoja de cartulina. La distribución de los dibujos en la misma es un indicador de las relaciones interpersonales entre los sujetos, pues el grupo utiliza el área de la hoja de manera proyectiva. Resulta importante en este respecto examinar los recíprocos emplazamientos de las figuras. Considero que el dibujo de cada sujeto representa el rol que esta jugando en la situación grupal. El examinado se identifica con el personaje que dibuja y proyecta sobre el las características del papel que asume inconscientemente en el grupo.

El papel adoptado inconscientemente por un miembro del grupo puede variar de acuerdo con los distintos contextos en donde se desarrolla su conducta,

y ello incidirá directamente en la producción gráfica del mismo. El rol debe ser considerado con referencia al contexto situacional. (*Lawrence Edwin ABT/ Leopoldo Bellak, 1994*)

2.8 Técnicas Proyectivas Gráficas como indicadores de personalidad.

Las técnicas proyectivas constituyen uno de los temas más fascinantes no solo de la psicometría, sino en toda la psicología. Para otros se trata de una fuente rica de conocimientos, al lado de la cual las respuestas afirmativas o negativas a un inventario de personalidad objetivo son triviales, e incluso sin sentido. (*Hogan Thomas P. 2004*).

Las técnicas proyectivas manifiestan la conducta de una persona- incluyendo las menos y más significativas o anómalas- son índices de personalidad. Lo que caracteriza a una técnica proyectiva es su falta de estructuración y su eficacia para indicar la configuración psicológica del sujeto a través de sus esfuerzos activos y espontáneos, a través de los cuales el sujeto expresa su personalidad. Estas técnicas procuran revelar la estructura psicológica del sujeto sin profundizar en sus antecedentes históricos. (*Rapaport David, 1997*)

Para la mayoría de los psicólogos, esta fuera de discusión la hipótesis de que un escritor se proyecta a si mismo en sus escritos, y que, por lo tanto, ha de ser posible analizar su personalidad a partir de lo que escribe. Esta misma hipótesis proyectiva es válida para los pintores, compositores, arquitectos, dibujantes y para cualquiera que produzca algo con su imaginación.

En rigor, puede afirmarse con seguridad que todo acto, expresión o respuesta de un individuo –sus gestos, percepciones, sentimientos, elecciones, verbalizaciones o actos motores- de algún modo llevan algo de su personalidad.

Antes de que pueda emplearse alguna herramienta de evaluación de la personalidad, y antes de que los datos derivados de un intento de medición puedan ser imbuidos de significado, de manera ideal el evaluador considerará cuestiones que se relacionan con respecto a una evaluación en particular. Muchas de estas cuestiones se relacionan con el nivel de aculturación, valores, identidad, perspectiva del mundo e idioma del evaluado. (*Cohen Ronald Jay, Swerdlik Maark E.2001*)

El tipo de línea puede ser firme y definido, tímido e insegura, o bien consistir en una serie de salvajes trazos presionados, hasta prácticamente perforar el papel. Además de que otros factores se integran al contenido del dibujo, tales como: personas significativas, la percepción que tenga de si mismo quien dibuja, etc. A este nivel de expresión, tendemos a utilizar símbolos para comunicar lo que deseamos, tales símbolos pueden incluir elementos localizados en el mito, folklore y en las manifestaciones profundas propias de la persona que dibuja.

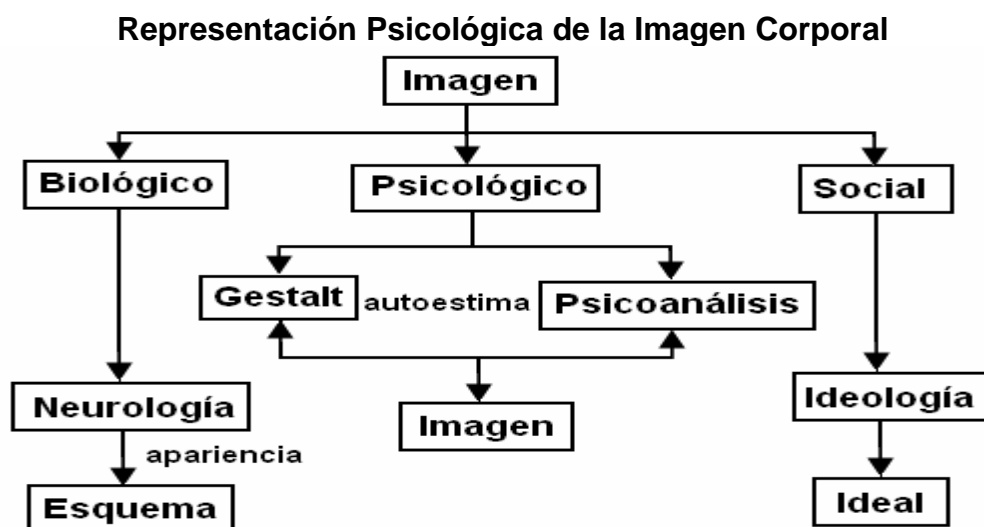
Por ejemplo, al observar los dibujos de los niños, es posible ver transmitidas cosas que ellos jamás habrían podido verbalizar, aunque hubiesen podido hacer conscientes algunos de los sentimientos que las afectaban.

2.9 La fase temprana en los dibujos proyectivos.

Cabe destacar, pues, que tanto Back como Machover, respectivamente, de manera involuntaria validaron el precepto de que una persona que dibuja elementos propios de su ambiente, no solo dibuja dichos elementos, sino también de su propia personalidad. En suma, Back y Machover son los principales gestores y los más elocuentes expositores en el campo de los dibujos proyectivos.

2.10 Imagen Corporal Y Psicológica.

En el aspecto psicológico de la imagen corporal, representado en la siguiente imagen, se pueden apreciar conceptos derivados de dos grandes escuelas psicológicas, consideradas como las más importantes al momento de hablar de la concepción de la imagen corporal “pues se ubican estratégicamente en el camino que va desde el nacimiento experimental de la disciplina psicológica hasta la delimitación de lo humano como objeto propio del psicoanálisis” (González C.; Guillermo A.) (Revista del Instituto Nacional de Perinatología, Vol. 15, año 2. Abril – Junio 2001.



Obtenido en: <http://inper.entornomedico.org/ensayos.html>

La definición de la imagen corporal desde la teoría de la Gestalt, será aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir, la forma en la que nos parece que es. La autoestima tiene elementos más directamente relacionados con la teoría sicoanalítica, pues se habla de una carga de efecto hacia el yo, tema que es desarrollado en amplitud por esta teoría. El cuerpo, así como su representación, se estructura a partir de la interrelación que hay entre las personas con quien se convive, así como con las cosas que nos rodean.

2.11 Lo social y la imagen Corporal.

El aspecto social referente a la imagen corporal juega un papel primordial importancia ante la disyuntiva de si la imagen, se estructura primero dentro de nosotros mismos, para impactar a los que nos rodean, o bien es ese mundo externo quien define el concepto que tenemos de nuestra propia imagen corporal. De acuerdo a algunas teorías de las ciencias de estudio del hombre (como el psicoanálisis, el materialismo histórico y la antropología estructural), la estructura ideológica de las sociedades determina al individuo y es la condición que garantiza la inclusión del sujeto en la compleja red de relaciones con otros sujetos que han pasado ya por este proceso. “esto garantiza la cohesión de las sociedades y el establecimiento de una imagen corporal social, paradigma de todas las identificaciones.” (*Schilder, Paúl 2000*)

2.12 Dibujos Proyectivos.

Los procedimientos que requieren respuestas orales o escritas a palabras y enunciados son una de las muchas tareas de elaboración caracterizadas como técnicas proyectivas. Otros materiales no verbales que han sido empleados son pinturas de arcilla y trozos de colores. El análisis de la escritura, aunque no ha recibido gran aceptación entre los psicólogos, también tiene seguidores (Holt, 1974). Instrumentos aun más populares han sido la prueba del dibujo de una persona (Machover, 1971) y la técnica de Casa-Árbol-Persona (Buck, 1992), los cuales requieren que los examinados realicen dibujos de personas o de objetos. Se ha encontrado alguna evidencia sobre la relación entre la cualidad juzgada del dibujo y el ajuste psicológico general (Lewinsohn, 1965; Roback, 1968), pero la investigación ha apoyado la mayoría de las interpretaciones psicodinámicas de Machover y otros.

Karen Machover puntualiza en su obra, la idea del test nació de la constante aplicación de la prueba de Florencia Goodenough, para indagar el grado de evolución a la que ha llegado el sujeto; la experiencia la llevó a concebir una técnica de calificación para medir los rasgos de personalidad.

En esta prueba, la teoría fue posterior a la práctica y esto constituye uno de los pilares de su validez. (Marín Hernández Genia, 1995)

Naglieri, Mc Neish y Bardos (1991) desarrollaron dibujar una persona (DAP): procedimiento de Detección de Perturbación Emocional para ser usado como una prueba de detección por niños sospechosos de trastorno conductual y Perturbación Emocional. Este enfoque a la calificación del DAP se ha cumplido con

cierto éxito en el diagnóstico de niños con problemas (Naglieri y Pfeiffer, 1992).se han publicado otras variaciones de la prueba DAP, como lograr que la persona dibuje varios objetos, un grupo de personas, o una historia. Dos de tales variaciones son la técnica de la Casa-Árbol-Persona y el sistema de Dibujo Cinético para la Familia y la Escuela. El primer instrumento (por J. N. Buck y W. L. Warren; Western Psychological Services) requiere que la persona dibuje a pulso una casa, un árbol y una persona. Los dibujos pueden calificarse de manera cuantitativa en una serie de variables, pero por lo general se interpretan de manera impresionista y holística.

El análisis de los dibujos, al igual que otras técnicas proyectivas, requiere que el psicólogo, posea conocimientos acerca de los dinamismos de la personalidad, tanto en lo que respecta al desarrollo normal como en cuanto a las desviaciones de la normalidad. (*Anderson y Anderson, 1976*)

2.13 Aspectos Expresivos de los Dibujos Proyectivos.

Dentro del dominio de las técnicas proyectivas, la actitud del individuo al enfrentar la tarea puede revelar características de la personalidad: es posible que dibuje con alegría o irritación, en silencio o locuazmente de manera tensa o con la serena calma, con confianza o con duda, con un ojo puesto en el entrevistador o con un descuido absoluto por la opinión potencial del otro.

Es necesario considerar la estructura y contenido de los dibujos. La fase estructural o expresiva del dibujo abarca el tamaño de éste, la presión y la calidad de la línea, el emplazamiento en la hoja de papel, la exactitud, grado y áreas de

completamiento y detalles, la simetría, perspectiva, proporciones, sombreado, reforzamiento y el borrado.

El tipo de análisis de un dibujo y del procesos de producción, puede ir desde un análisis objetivo de solo ciertos aspectos, hasta un extenso y minucioso estudio que incluya tanto los factores cuantitativos como los cualitativos (*Bell John E. 1980*).

Para el análisis de contenido se debe tener en cuenta la postura de las figuras, la expresión facial y la importancia que se da a diferentes detalles. Una investigación realizada por Allport y Vernon demuestra que vale la pena extraer, refinar y forjar en una herramienta manuable, el rico mineral de los movimientos expresivos, pues, dichos movimientos constituyen en verdad, la “escritura cerebral”.

Los adultos, tienden a expresar sus pautas expansivas o agresivas mediante el manejo del espacio en el papel y por medio de conductas manifiestas, por esta razón, se ha considerado que las técnicas proyectivas poseen mayor utilidad con los adultos que con los niños, pues aquellos encubren sus necesidades básicas con capas defensivas y sofisticadas, mientras que los niños emplean menos máscaras defensivas y se expresan de un modo más franco y directo.

Todos los individuos, tanto niños como adultos, se expresan mediante pautas características de movimiento que revelan la unidad (o falta de unidad) de sus personalidades y pautas culturales de movimiento que cada uno moldeó de

acuerdo con su idiosincrasia. Wolff descubrió el “cociente rítmico”: existen proporciones definidas en el tamaño de los elementos formales. Estas son características para cada individuo, no varían con la edad y aparecen relativamente temprano en la vida. Los descubrimientos de Wolff tienden a demostrar la confiabilidad de los movimientos expresivos.

Secuencia: Los datos de los tests gráficos en términos de la secuencia en que emergen los derivados del impulso, las defensas y la adaptación, cambios dinámicos y económicos que ponen de manifiesto rasgos estructurales del sujeto.

El análisis de la secuencia nos proporciona una serie de muestras de conductas registradas en el papel. El análisis de la secuencia de la serie de dibujos puede ofrecer indicios sobre el impulso o energía de la persona, y facilitar datos que permitan apreciar el control que ella ejerce sobre dichos impulsos.

Tamaño: El tamaño del concepto gráfico contiene indicios acerca del realismo de la autoestima del examinado, de su autoexpansividad característica, o bien de sus fantasías de omnipotencia.

Los **dibujos pequeños** corresponden a personas con sentimientos de inadecuación y quizá con tendencia al retraimiento.

Traub y Lenibke, en forma independiente estudiaron dibujos, y observaron que los dibujos muy pequeños se correlacionaban con sentimientos de inferioridad. Elkisch observó que los dibujos comprimidos transmiten una sensación de incomodidad, de encierro, de presión.

Los **dibujos** demasiado **grandes** que tienden a presionar los bordes de la página, denotan sentimientos de constricción ambiental acompañados, y esto es importante, de acciones o fantasías sobrecompensatorias concomitantes.

El individuo que dibuja una figura excesivamente grande posee dentro de sí una fuerte corriente agresiva. También Precker reconoció que el tamaño exagerado es un índice de agresividad o de descarga motora. Zimmerman y Garfinkle afirmaron que la falta de restricción en el tamaño de los dibujos se correlaciona con la agresividad y con la tendencia a descargarla en el ambiente.

Presión: La presión del lápiz sobre el papel es un indicador del nivel energético del individuo. Alschuler y Hattwick, los niños que dibujaban con trazos fuertes, eran en general más asertivos que los otros niños; los trazos livianos; por el contrario, se debían:

- a) un bajo nivel energético
- b) a restricción y represión.

Pfiester comprobó que tanto los neuróticos temerosos como los esquizofrénicos crónicos y los catatónicos avanzados ejercían muy poca presión, realizando líneas pequeñas y débiles. En cambio los psicópatas, los casos orgánicos, los epilépticos y los encefalíticos se caracterizaban por ejercer una fuerte presión.

Trazo: Alschuler y Hattwick los que dibujaban con trazos largos eran los que mantenían un firme control de su conducta, en tanto que el comportamiento de los que usaban trazos cortos, eran más impulsivos. “En general la longitud del

movimiento de un trazo tiende a aumentar en las personas inhibidas y a decrecer en las excitables". Krout comprobó que las líneas redondeadas están asociadas a la femineidad, y las rectas, a los estados de ánimo agresivos. Buck, las líneas quebradas, indecisas, o que poseen continuidad, se asocian con la inseguridad o la ansiedad. Si las líneas fragmentadas o esbozadas están muy destacadas, expresan ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas. El borrar de un modo excesivo constituyen un correlato gráfico de:

- a) la incertidumbre y la indecisión
- b) la autoinsatisfacción.

Dentro del área de la normalidad se ha podido observar que los dibujos que implican un buen ajuste son aquellos cuyas líneas fluyen libremente, decididas y bien controladas.

Detalles: Los detalles inadecuados constituyen la reacción gráfica preferida de las personas con una clara tendencia al retraimiento. La ausencia de detalles adecuados transmite una sensación de vacío y de reducción energética característica de las personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa y, en ocasiones, de las personas depresivas. El empleo de detalles excesivos, es característico de los obsesivos-compulsivos. La ejecución demasiado perfecta expresa el esfuerzo para mantenerse integrado contra la amenaza de una desorganización inminente.

Simetría: Fue considerada como uno de los principios más elementales de la Gestalt, los dibujos con fallas en la simetría revelan una inadecuación de los sentimientos de seguridad en la vida emocional. Cuando la simetría bilateral está

acentuada hasta el punto de producir un efecto de rigidez, el control emocional es Edipo obsesivo-compulsivo. Puede expresarse como represión e intelectualización exagerada.

Emplazamiento: Buck presenta la siguiente hipótesis: cuando más arriba del punto medio de la página se encuentre el punto medio del dibujo, es probable:

- a) Que la persona sienta que realiza un gran esfuerzo, que su meta es casi inalcanzable
- b) Que la persona busque sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad
- c) Que se mantenga distante y relativamente inaccesible.

Cuando más abajo del punto medio de la hoja este emplazado el punto medio del dibujo, hay mayor probabilidad de:

- a) La persona se sienta insegura e inadaptable y que este sentimiento le produzca un estado de depresión anímica.
- b) Que la persona se encuentre ligada a la realidad u orientada hacia lo concreto.

La ecuación universal equipara a la parte de arriba con la ideación, la fantasía o el mundo de las ideas, y a la de abajo con lo terrestre, lo firme, lo sólido y lo concreto.

Movimiento: Solo ocasionalmente aparece movimiento en los dibujos proyectivos, y cuando aparece generalmente es en los dibujos de los niños. Personas caminando o corriendo, perros saltando, pájaros volando, árboles meciéndose, etc. (*Hammer, E. F. 1997*).

Los elementos analizados fueron considerados para evaluar la primera parte del test adiós al cigarro mediante la técnica de presencia-ausencia, es decir si contenían alguno de estos elementos se califico con uno y sino contaba con te elemento se calificaba con cero.

2.14 Líneas convergentes de evidencia que fundamentan la validez de interpretación de los dibujos proyectivos.

Los aspectos de la dinámica de la personalidad que surgen de los dibujos proyectivos, se descubrieron mediante distintas vías de comprobación tales como: información sobre el examinado, asociaciones libres, traducción de símbolos mediante el análisis funcional, y comparaciones entre dibujos de una misma serie o entre dibujos y otras herramientas proyectivas (Rorschach ó TAT por ejemplo). Posteriormente se integro esta información mediante el método predilecto de los investigadores de orientación clínica, el de la consistencia interna. Es decir, que el campo de la interpretación de los dibujos proyectivos se basa en los siguientes puntos fundamentales:

- a) El empleo de los significados simbólicos, comunes en psicoanálisis y folklore, derivados de los estudios que los clínicos han realizado sobre sueños, arte, mitos, fantasías, y otras actividades impregnadas de determinismos inconscientes.
- b) La experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución, así como con una amplia gama de fenómenos patológicos, en especial síntomas de conversión, obsesiones y compulsiones, fobias, y estados psicológicos, los que sólo pueden comprenderse dentro del marco que ofrece el concepto de simbolismo;

- c) El desciframiento de la simbolización a través de las asociaciones del paciente.
- d) La evidencia empírica, que se aprecia en el estudio de casos;
- e) Las simbolizaciones evidentes que surgen del inconsciente de los psicóticos e impregnan la hoja de dibujos. (siguiendo la misma dirección, en los no psicóticos es posible encontrar después murmullos más sutiles en el mismo idioma simbólico).
- f) la correlación entre los dibujos proyectivos realizados a intervalos durante el curso de una terapia, y el cuadro clínico en los momentos en que se realizan los dibujos. A medida que la colaboración psicoterapéutica comenzaba a corregir el cuadro distorsionado de los pacientes tenían de si mismos y del mundo se han encontrado correlaciones directas entre la desaparición del tipo de simbolismo indicador de aflicciones y los cambios de comportamiento en la terapia.

No solo se proyectan los aspectos físicos de la imagen corporal, sino también los aspectos psicológicos. Fisher y Fisher (1952, citado en Hammer. E. F. 1997), en un interesante estudio sobre el rol sexual y el auto concepto, solicitaron a setenta y seis pacientes psiquiátricos de sexo femenino que dibujasen mujeres. Aquellas que dibujaron figuras con un bajo grado de feminidad, tenían –de acuerdo con la apreciación de jueces- menos experiencias heterosexuales, mayor cantidad de disfunciones, y una vida sexual más limitada. Contrariamente, las que dibujaron figuras femeninas, habían tenido una vida mas promiscua aunque insatisfactoria. Por ultimo se observo que el grupo de mujeres que dibujo figuras de feminidad promedio estaba constituido por aquellas que habían obtenido de su rol femenino una mas genuina satisfacción.

Otros investigadores (*de Martino en 1949, citado en Hammer, E.F: 1997*), a través de indicadores como: figuras masculinas dibujadas con tacones altos, o las pestañas bien marcadas, confirmaron que incluso las preferencias sexuales eran proyectadas en el dibujo de una figura humana.

➤ **Supuestos Teóricos.**

- a) Existe en el hombre, una tendencia a ver su propio mundo a través de su propia imagen-y esto facilita los aspectos proyectivos implicados en el dibujo de una casa, de un árbol, de una persona, de un animal, o, desde este punto de vista de cualquier otra cosa-.
- b) La esencia de la visión antropomórfica del medio es el mecanismo de proyección, mediante el cual uno atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del medio (personas, otros organismos, cosas).
- c) Las distorsiones forman parte del proceso de proyección siempre que:
 - La proyección tenga una función defensiva (proyección en el sentido de Freud);
 - Se le atribuyan a datos omitidos, peculiaridades y detalles significativos de la propia vida del sujeto, que no corresponden a la imagen real o total del objeto.

Las distorsiones, errores u omisiones en el mecanismo de proyección, pueden tener su analogía si las comparamos con una presentación con determinado número y tipo de diapositivas, es decir, no importando a quien, que y como queramos explicar un seceso, solo contamos con ese determinado número de diapositivas para representarlo.

La percepción del mundo de una persona con perturbaciones emocionales no es siempre exacta. Puede tener visiones distorsionadas, y las distorsiones del mundo características de cada uno aparecen en los dibujos proyectivos y se registran en la hoja de papel (*Hammer, E. F. 1997*).

2.15 Dibujo Proyectivo de la Figura Humana

La interpretación de los dibujos proyectivos de la figura humana no tiene suficiente validación experimental. Pocas veces permite una información inequívoca y a menudo desorienta al incauto, al ingenuo, al descuidado y al impulsivo.

A pesar de estas limitaciones la utilización de los dibujos proyectivos de la figura humana puede constituir una fuente de información y comprensión de la personalidad tan fructífera, económica y profunda. Consiste en:

- 1.- Todo dibujo, síntoma, fantasía o acto tiene una historia de la cual surgieron.
- 2.- Esa historia es un campo de vectores organizado y dinámico.
- 3.- En cada caso determinado el dibujo o símbolo es el producto de un campo único.
- 4.- En otros casos el mismo dibujo o símbolo puede ser el resultado de un campo diferente.
- 5.- El campo que produce un dibujo o símbolo particular está "estratificado", o sea, es multidimensional.
- 6.- El dibujo o símbolo es económico y está sobredeterminado.
- 7.- En una matriz de vectores, la psicodinámica particular puede producir un símbolo gráfico.

La cantidad de información que es posible obtener mediante esta técnica proyectiva varía según la comprensión, experiencia y habilidad de psicólogo.

➤ **Supuestos**

- 1.- El supuesto básico es que los dibujos están determinados.
- 2.- El segundo supuesto es que los dibujos están determinados por los factores psicodinámicos nucleares.
- 3.- El tercer supuesto es que esta nuclearidad surge como resultado del concepto de “imagen corporal”. De acuerdo con este concepto, cada uno de nosotros posee en su aparato psíquico una imagen de si mismo, una imagen acerca del tipo de persona que cada uno es, la cual posee una estructura psíquica y profundamente inconsciente.
- 4.- Aunque los dibujos estén determinados por una combinación de factores culturales, de entrenamiento personal, biomecánicos, transitorios y caracterológicos, estos últimos pueden ser aislados, identificados, y hasta cierto punto, cuantificados.
- 5.- Existen operaciones intermediarias entre de los detalles de un dibujo y las fuerzas que lo determinan.

Existen otros factores dignos de consideración. Los internos de evaluar la confiabilidad y la validez de los procedimientos psicológicos. (*Hammer, E. F. 1997*).

2.16 Desarrollo del pensamiento psicológico y las técnicas Proyectivas.

A comienzos del presente siglo primaba en el campo de la Psicología una concepción netamente individualista, que hacia que el interés de los psicólogos se orientara hacia el estudio del ser humano como ente aislado. La psicología clínica, es el sector del cual emergieron las técnicas proyectivas, se hallaba totalmente centrada en el individuo y hacia este dirigía sus tareas diagnosticas y terapéuticas.

La concepción individualista imperante incidió en forma directa sobre la teoría y práctica de las técnicas proyectivas, determinando que esos dispositivos fueran pensados y confeccionados con miras a la aplicación individual. Se creaban técnicas para recoger datos acerca de individuos porque todo el interés estaba centrado en el individuo. Y ulteriormente, durante el auge y desarrollo de las técnicas proyectivas, los nuevos dispositivos que se fueron incorporando a este campo también estuvieron destinados a la aplicación individual.

El panorama actual en el área de estas técnicas no es muy diferente. La concepción que restringía el uso de las técnicas proyectivas al examen psicológico individual impregna aun las bases teóricas de estos instrumentos y persiste en la mente de la mayoría de los trabajadores de este campo, aun cuando ya no se piense en psicología con los esquemas propios de la psicología individualista tradicional.

Así, la casi totalidad de los instrumentos proyectivos en uso se encuentran destinados al estudio de individuos, persistencia de postura que ocasiona un desajuste, o más exactamente un retraso, entre este nivel instrumental y determinados progresos ocurridos en los últimos tiempos en el campo de la psicología.

Las actuales concepciones de la psicología tienden a destacar el papel de la interacción en la determinación de la conducta del ser humano, así como a poner de relieve la importancia que en este respecto tiene la situación total en la que se halla incluida la persona. En lugar de poner el acento en el individuo

aislado (como lo hacia la vieja psicología individual) se tiene ahora a poner el acento en la interacción entre los individuos.

La tendencia a abandonar el análisis de la persona tomada en forma aislada, a favor del estudio de esta insertada en una totalidad más amplia formada por las interacciones que establece con sus semejantes y por todo el cúmulo de circunstancias que rodean a estas relaciones.

La progresiva importancia adjudica a la interacción entre individuos a las relaciones interpersonales que ellos establecen entre sí, suscitó un notable acrecentamiento del interés en el estudio de los grupos humanos, en especial de los pequeños grupos, en cuyo seno se producen las interacciones más trascendentales para el individuo. Este desajuste entre psicología y técnicas proyectivas se traduce en una notable escasez de dispositivos destinados al estudio de las relaciones interpersonales y los grupos humanos.

Se impone, pues, la necesidad de una apertura de las técnicas proyectivas hacia esos campos. La teoría de las técnicas proyectivas debe realizar un giro que acompañe las evoluciones del pensamiento psicológico, y que eche las bases para la construcción y utilización de instrumentos destinados a las indagaciones grupales. (*Hammer, E. F. 1997*)

2.17 Concepto más Desagradable.

Es un test extraordinariamente rápido y simple de administrar, puede aplicarse a grandes grupos con la misma facilidad que a individuos aislados; no requiere puntuación; puede clasificarse instantáneamente; y lo mismo que con el

manejo del dibujo del hombre – mujer, tal como lo describió Machover, puede obtenerse información abundante en muy poco tiempo. En muchos casos ha demostrado su valor diagnóstico, y en otros su utilidad para deducir con rapidez el grado de perturbación psicológica del examinado.

Pertenece a la clase de material que permite una transmisión originaria e íntegra al terapeuta.

Este material puede utilizarse con el paciente como un punto de partida objetivo con la psicoterapia y con fines comparativos en los diferentes estadios en el tratamiento.

2.18 Aspectos de Contenido.

A menudo el tema que se emplea como material proyectivo constituye una fuente muy utilizada en los tests de personalidad, es un producto de libre asociación del examinado y permite comprender cuál es la orientación predominante de sus actitudes, necesidades y tensiones. La especial contribución de este test al análisis de contenido reside en la organización sistemática y diferenciada del dominio prácticamente ilimitado del contenido y, sobre todo, en los correspondientes índices psicológicos que ofrece. Los elementos de contenido a evaluar fueron cuatro.

Muerte: Es la cesación definitiva de la vida, en este tema podemos encontrar distintos tipos de muerte, por ejemplo: La muerte violenta.

Desagradable interno: En este caso se ha perdido total objetividad y universalidad, la preocupación del examinado solo se centra en su individualidad. Se refieren a estados mentales simbólicos, soledad, sentimientos enquistados, fobias, fantasías bizarras, sueños, etc.

Desagradable externo: En este caso se relaciona con hechos específicos y sin ninguna resonancia mundial, se refieren ha animales pequeños, materia fecal, personas específicas y perdida de objetos.

Ubicado en el sexo: Se refiere a los sujetos que controlan con desplazamientos, disociaciones o fracasos.

2.19 Finalidad.

Atendiendo a este concepto los exámenes pueden dividirse en cualitativo y cuantitativos, así como de diagnóstico y de pronóstico; a continuación se da una pequeña explicación respecto a cada uno de ellos.

- **Cualitativos:** A través de estas pruebas se pretende determinar en el examinado la presencia o la ausencia de un aspecto determinado.
- **Cuantitativos:** Con ellos se cuantifica la presencia cualitativa.
- **Diagnóstico:** El valor de diagnóstico de un examen se refiere a la precisión objetiva del grado de desarrollo del individuo, al momento de hacer la prueba de que se trate.

- **Pronóstico:** Se refiere a la predeterminación del rendimiento del individuo con base en el valor del diagnóstico.

La evaluación del test adiós al cigarro fue de tipo cuantitativo y cualitativo, fue utilizada para diagnóstico con el objeto de conocer que tipo de alteraciones de la personalidad pueden presentar los sujetos que desean abandonar el hábito de fumar.

III M É T O D O

Planteamiento del problema.

El Test “adiós al cigarro” es una técnica basada en la técnica Machover y el Concepto más Desagradable, sirve para evaluar las alteraciones de la personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.

I. Justificación.

La amplia investigación incluida en los métodos proyectivos demostraron la cantidad de estudios en este campo desde que el mismo Franck acuñó (1938) para describir el test de Rorschach y el de apercepción temática, como son las pruebas proyectivas. Con la ayuda de estas se registraron e interpretaron los diversos materiales biográficos expresivos, comportamentales y proyectivos que brinda el sujeto, es por eso que las pruebas proyectivas sirven para provocar proyecciones del sujeto, así como para poner en claro la naturaleza, importancia operativa y nivel de especialización profesional de dichas técnicas. Ya que las personas tienden a expresar en sus dibujos, a veces en forma bastante inconsciente (y a veces, involuntariamente) una visión de sí mismos tal como son, o tal como les gustaría ser.

Por eso fue de suma importancia la preferencia de plantear una propuesta de técnica grafoprojectiva, que permita recoger información veraz en cuanto a los rasgos críticos de la personalidad en los sujetos que desean dejar de fumar.

Las ventajas de este instrumento son:

1. Es rápido y simple de administrar.
2. Se puede aplicar a grandes grupos con la misma facilidad que a individuos aislados.
3. No requiere de análisis técnicos como: confiabilidad, validez estadística y normas de calificación con puntuación normalizada. La validez de constructo y de contenido esta fundamentada en los elementos en que se basan las pruebas proyectivas como: contenido, expresivos y la consigna de la prueba.
4. Puede clasificarse, mediante la técnica de presencia-ausencia de Juan A. Portuondo, 1971.

Se demuestra su valor diagnostico, y la utilidad para deducir con rapidez el grado de alteración psicológica del examinado; así como encontrar rasgos críticos de personalidad y por lo que resulta fácil la aplicación de dicho instrumento. Este material se utilizo con el paciente como un punto de partida objetivo en la terapia racional emotiva y con fines comparativos en los distintos estadios del tratamiento psicológico. Se propuso explorar el problema desde el punto de vista psicológico tratando de dar una explicación por medio de una prueba proyectiva y con esto se apporto un nuevo test que ayudo a conocer el proceso psicológico por el que atraviesa una persona que desea dejar de fumar.

Objetivo General.

Analizar los matices de significado del deseo de dejar de fumar a través de las características expresivas y de contenido de los dibujos realizados en la técnica grafoproyectiva “adiós al cigarro” por las personas que acuden a tratamiento para dejar de fumar.

Objetivos Particulares:

- 1) Detectar alteraciones en los rasgos de personalidad en ambos sexos.
- 2) Establecer un análisis cualitativo de los dibujos en cuanto su expresión y contenido.
- 3) Evaluar las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentaban en sujetos que quieren dejar de fumar.
- 4) Demostrar un valor diagnóstico de manera rápida y sencilla para los sujetos que desean dejar de fumar.

HIPOTESIS

Hipótesis de Investigación.

El Test “Adiós al Cigarro” es una técnica que detecta y evalúa las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.

Hipótesis de Trabajo.

- Los pacientes que desean dejar de fumar presentan diferentes alteraciones en sus rasgos de personalidad.
- El Test “Adiós al Cigarro” puede detectar rápidamente diferentes alteraciones en los rasgos de personalidad en los sujetos que desean dejar de fumar.
- El Test “adiós al cigarro” facilito el diagnostico ya que encontró rápidamente algún tipo de alteración en la personalidad.

Hipótesis de Investigación:

Las personas que desean dejar de fumar tienden a manifestar alteraciones de personalidad que se encuentran a través del Test “adiós al cigarro”.

Hipótesis Estadísticas.

Ho: No existe diferencia significativa en las alteraciones de los rasgos de personalidad en los sujetos que desean dejar de fumar en cuanto a edad y sexo.

H1: Si existe diferencia significativa en las alteraciones de los rasgos de personalidad en los sujetos que desean dejar de fumar en cuanto a sexo y edad.

Variable Independiente.

Las alteraciones en los rasgos de personalidad de los sujetos que desean dejar de fumar. Las alteraciones de la personalidad se determinaron de la ejecución del Test “Adiós al cigarro” que fue diseñado para evaluar diferentes alteraciones de la personalidad en sujetos que deseaban dejar de fumar (Blanca E. García Torres & Citlalli Romo Martínez, 2006).

Variable Dependiente.

Las respuestas al Test “Adiós al Cigarro”.

Variables Atributivas.

Sexo, Edad.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente. Las alteraciones en los rasgos de personalidad, que se determinan a partir del test “Adiós al cigarro” el cual fue diseñado para poder evaluar las diferentes alteraciones en los rasgos de personalidad en sujetos que deseaban dejar de fumar (Blanca E. García Torres, Citlalli Romo Martínez; 2006).

Variable independiente. Se refiere a la evaluación y detección de las alteraciones en los rasgos de personalidad en los sujetos que desean dejar de fumar. (Blanca E. García Torres & Citlalli Romo Martínez, 2006).

Alteración de personalidad.

Modificación del Patrón característico de pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, que persisten a lo largo del tiempo y a través, de las situaciones.

(Morris, Charles G. 1997)

Rasgos de Personalidad.

Dimensiones o características en las que difieren las personas de manera distintiva. (Morris, Charles G. 1997)

Escalas Expresivas. Dentro del dominio de las técnicas proyectivas, la actitud del individuo al enfrentar la tarea puede revelar características de la personalidad la fase estructural o expresiva del dibujo abarca el tamaño de este, la presión y calidad de la línea, el emplazamiento en la hoja, la exactitud, grado y áreas de completamiento y detalles, la simetría, la perspectiva, proporciones, sombreado, reforzamiento y el borrado. (Hammer Emanuel F. 1997)

Escalas de Contenido. El uso de esta escala es utilizada para esclarecer el significado de las alteraciones de la personalidad, ya que permite una transmisión originaria e integra al terapeuta. Se logran de este modo datos reales, no sujetos a los comentarios o a la evaluación del psicólogo. (Hammer Emanuel F. 1997)

Sexo: Conjunto de individuos que distinguen uno de otro sexo: Femenino; Masculino. (Moderna enciclopedia universal, 1981).

Edad: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació. (Moderna enciclopedia universal, 1981).

Adultez. Etapa de desarrollo de un individuo donde se sientan las bases de funcionamiento físico para el resto de la vida, lo cual tiene sus propias normas sociales, papeles, oportunidades y desafíos (Papalia, 2001)

Definición Operacional.

Variable dependiente: Las alteraciones en los rasgos de personalidad fueron las principales características que se detectan con el Test “Adiós al cigarro”.

Variable independiente: Son los dibujos de la técnica del Test “Adiós al cigarro”.

Sexo: Masculino, Femenino.

Edad: Cantidad de años cumplidos el día de la aplicación del estudio de los 25 a los 65 años.

Adultez: de acuerdo a Diane E. Papalia (2001): Adultez temprana, Adultez intermedia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las características de los sujetos que se consideraron o criterio de inclusión (Kerlinger, 1990) para participar en esta investigación fueron los siguientes: sujetos que asistían a la clínica de tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), y que deseaban dejar de fumar.

POBLACIÓN

Desde 1971, la organización Panamericana de salud (OPS) demostró que las prevalencias de tabaquismo en nuestro país eran de 44.7 % para varones y 16.5 % para mujeres, a lo largo del tiempo estas cifras van en aumento, los datos más recientes son los de la Encuesta Nacional contra las Adicciones de 2002 donde se

reporta que la prevalencia total de fumadores en las zonas urbanas es de 32.2% lo que equivale a casi 13 millones de fumadores adultos lo que supera a la media nacional que equivale a 26.4% para la población de 12 a 65 años. La mayor corresponde a 45.3% al sexo masculino y el 18.4% en el sexo femenino. Actualmente se trabajan con dos grupos por mes que constan de 10 pacientes cada grupo en los meses de Enero a Noviembre, teniendo como resultado un total de 220 pacientes anualmente, en base a los datos del informe de labores 2005 del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo exploratorio debido a que en lugar de predecir las relaciones que deben encontrarse, descubre variables significativas en escenarios de campo, descubre relaciones entre variables y establece la base para una hipótesis posterior más sistemática y rigurosa. (Kerlinger, 2002).

DISEÑO DE INVESTIGACION

Consta de dos grupos (1 grupo piloto) y un (grupo control) a los cuales se les realizó la aplicación para evaluar las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentaban en las personas que desean dejar de fumar.

La aplicación control se realizó a pacientes que acudieron a clínica de tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) que deseaban dejar de fumar, seleccionando de cada uno de los grupos de 8 a 10 sujetos.

SUJETOS

Se seleccionaron un grupo de 21 sujetos (fumadores), que acudían a recibir terapia en la clínica de Tabaquismo del INER. Con un rango de edad de 25 a 65

años, de ambos sexos, con un nivel de escolaridad mínimo de primaria y estado civil indistinto.

CONTROL DE VARIABLES

Se utilizó la técnica doble ciego (Rosenthal, 1976) para evitar que las expectativas de los experimentadores influyeran en la calificación de las pruebas las cuales fueron calificadas por expertos en la materia.

TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra no es probabilística intencional, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se buscan para esta investigación puesto que los sujetos seleccionados para la aplicación del instrumento acudían a la clínica de Tabaquismo INER ya que deseaban dejar de fumar con un rango de edad de entre 25 a 65 años. (Hernández, 1991)

ESCENARIO

El presente estudio se realizó en un aula de la Clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Ciudad de México, ubicado en la calzada de Tlalpan No. 4502, col. Sección XVI, donde se obtuvieron a los hombres y mujeres fumadores.

INSTRUMENTO.

Nombre: Adiós al cigarro (Propuesta).

Autores: Blanca Estela García Torres, Citlalli Romo Martínez. (2006).

Objetivo: Examinar a través de la propuesta “Adiós al Cigarro” las alteraciones de personalidad en las características expresivas y de contenido en los dibujos de las personas que desean dejar de fumar.

Origen. La presente propuesta del instrumento se deriva del Test del Concepto mas desagradable y el Test de La Figura Humana (Machover). El Testa dios al cigarro pretende aplicarse fácilmente en forma grupa e individual; obteniéndose información abundante y rápida, con valor diagnostico para evaluar las alteraciones en los rasgos de personalidad, de los sujetos que desean dejar de fumar. Este material permitirá dar un punto de partida para un adecuado tratamiento psicológico y dar elementos para resolver las diferentes problemáticas que se dan durante el tratamiento. Mediante el Test “Adiós al Cigarro” se analizarán las distintas formas de expresión de los fumadores que intentan dejar de fumar, todo esto basándose en las pruebas grafoproyectivas.

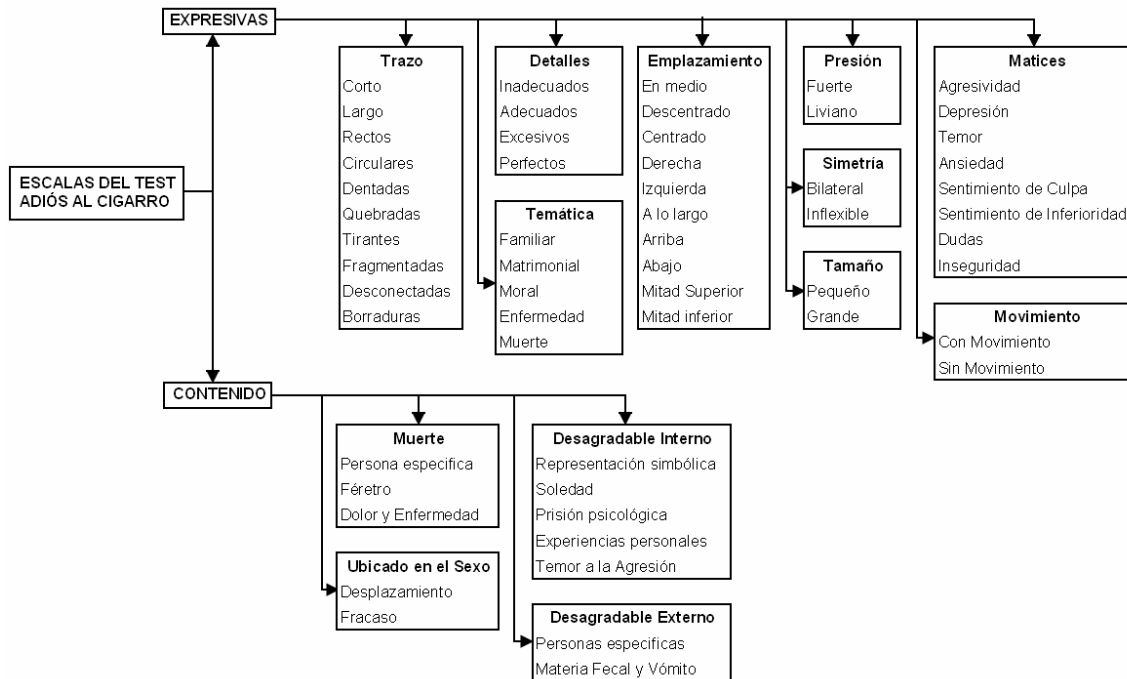
Forma de Aplicación. Colectiva

Tiempo de Aplicación. 5 a 10 minutos.

Edad de Aplicación. Sujetos de 25 a 65 años.

Significado. Esta prueba fue diseñada por C. Blanca Estela García Torres y Citlalli Romo Martínez, en el año 2006, con el fin de por llevar acabo la evaluación y detección de las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.

Forma de Calificación. Presencia y Ausencia de alteraciones en los rasgos de Personalidad significativas. Los elementos a evaluar en las escalas expresivas y de contenido son los siguientes:



Hammer. E. F. (1997)

Consigna. Se le pide al sujeto que dibuje cual es la cosa mas desagradable que le sucedería a una persona al decirle “Adiós al cigarro”.

Método. Todos los dibujos deben ser a lápiz, podrá utilizar goma (ya que esta permitido borrar), todo esto puede hacerse tanto individual como colectivamente. Es una Técnica que solo debe usarse con personas adultas, con un mínimo aceptable de educación primaria.

Validez.

El análisis formal de las características expresivas y de contenido del test “Adiós al cigarro” esta representado por elementos sistemáticos y se relacionan con comportamientos estructurales y estables en los sujetos que desean de

fumar. Las respuestas ejecutadas a través de los dibujos revelan aspectos profundos de la personalidad, sus ansiedades y conflictos. Estas repuestas corresponden a determinantes intrapsíquicos.

Procedimiento

Se trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias donde se solicito el permiso a las autoridades correspondientes para la aplicación del Test “Adiós al Cigarro”.

Se procedió a realizar las aplicaciones a los sujetos de manera colectiva dentro de las aulas asignadas. Se inicio un rapport, que consistió en un saludo cordial y la explicación del objetivo de la investigación. Se realizo una investigación con la Técnica de la Cosa más desagradable en las personas que desean dejar de fumar por medio del Test “Adiós al cigarro” la cual nos permitió deducir de manera mas practica las alteraciones en los rasgos de personalidad que se manifiestan en los sujetos que desean dejar de fumar.

Una vez aclaradas las dudas se procedió a indicar a los sujetos, dibuje cual es la cosa más desagradable que le sucedería a una persona al decirle “Adiós al cigarro”, se repartió el materia de aplicación que consta de: dos hojas, una de identificación, y otra para la elaboración del dibujo. Las hojas blancas, tamaño carta, y un lápiz del 2 ½ con goma. Las examinadoras dieron las siguientes instrucciones, dibuje cual es la cosa mas desagradable que le sucedería a una persona al decirle “Adiós al cigarro”, puede dibujarlo como usted lo prefiera y tomarse el tiempo que considere necesario. Cuando existió resistencia para llevar

acabo el dibujo se le explico al sujeto que no interesaba la perfección del dibujo y que el interés era solamente científico.

Posteriormente a las explicaciones, se procedió a analizar cada uno de los dibujos.

Análisis de Datos

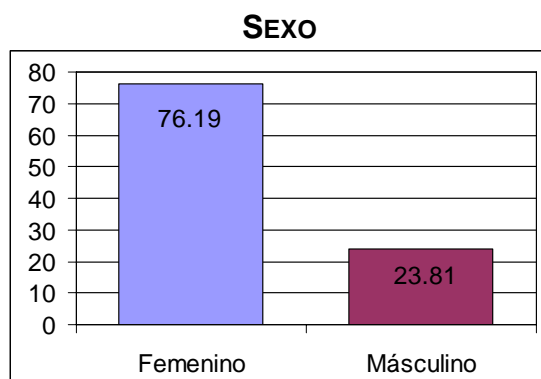
A través de la estadística descriptiva, por medio de las medidas de tendencia central; análisis de frecuencias y porcentajes.

IV RESULTADOS

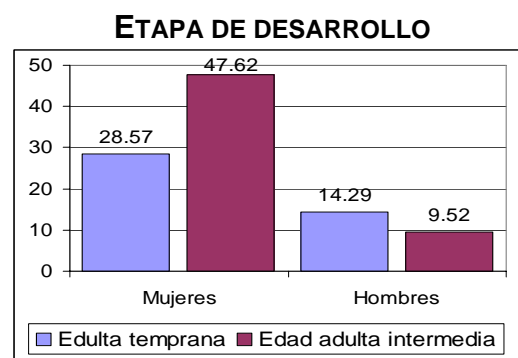
La presente investigación utilizó una muestra no probabilística intencional, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad. La muestra se obtuvo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Clínica para dejar de fumar. Esta conformada por 21 sujetos de ambos sexos: 16 mujeres y 5 hombres (Ver gráfica 1).

De acuerdo a la Edad se establecieron 2 grupos como se aprecia en la gráfica 2: un grupo de adultez temprana entre 25 a 50 años; el otro grupo conformado por adultos intermedia (Diane E. Papalia et. Al. 1997) de entre 51 a 65 años. La media de la edad de la muestra fue de 50 años; la media del primer grupo fue de 43 años, y la del segundo grupo de 55 años.

En cuanto a edad y sexo tenemos, 16 mujeres en total; de las cuales 6 están en la edad adulta temprana, y 10 en la edad adulta intermedia; en hombres tenemos en total a 5; de los cuales 3 están en la edad adulta temprana y 2 en la edad adulta intermedia.



Gráfica 1



Gráfica 2

La presentación de los resultados se hace por medio del análisis cuantitativo y la interpretación de resultados se realizara con el método cualitativo.

ANALISIS CUANTITATIVO.

Este análisis se pudo determinar por medio de la técnica de presencia- ausencia (1-0 respectivamente) para el test “Adiós al Cigarro”, partiendo de los dibujos realizados por los sujetos, así como los aspectos que se manifiestan en los mismos. Se muestran las gráficas del proceso para los elementos: A) Expresivos y B) Contenido.

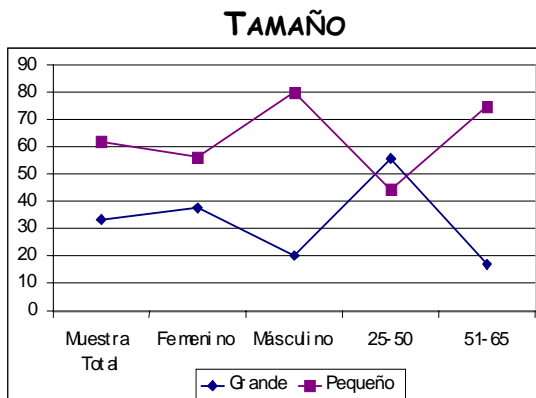
A) E L E M E N T O S E X P R E S I V O S

En cada una de las graficas se analizan los cinco grupos que se consideraron: muestra total, sexo (femenino y masculino) y etapa de desarrollo (25ª 50 años y de 51 a 65 años)

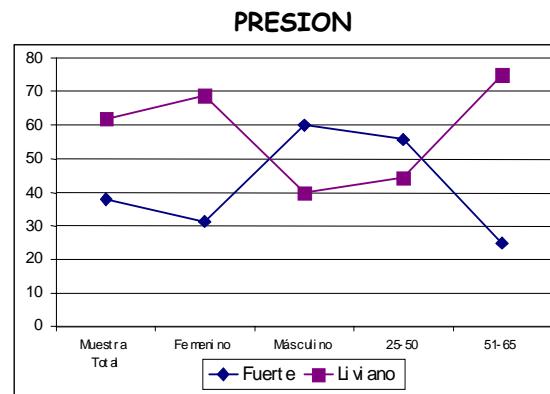
En la grafica 3 se analiza el tamaño, en este caso GRANDE muestra que tanto el sexo masculino como femenino obtuvieron **bajas puntuaciones**; difiriendo de su contraparte el tamaño PEQUEÑO siendo los **hombres** quienes obtuvieron los **puntaje mas altos** (80.00%), que las mujeres (56.30%).

En cuanto a la comparación por Etapa de Desarrollo se muestra que la edad 1 (25-50) dibujo en tamaño grande (55.60%); mientras que la etapa 2 dibujo en tamaño pequeño con una puntuación de (75.00%). En cuanto a la muestra total en general los dibujos son pequeños (61.90%). En cuanto a la comparación entre sexos refiriéndonos en este caso a la PRESIÓN tenemos; una **fuerte presión** muestra los dibujos del sexo **masculino** (60.00%), en cuanto al sexo femenino obtuvieron bajas puntuaciones (31.30%) en esta escala. Por lo que podemos decir

que la presión en el **sexo femenino es Liviana** ya que obtuvo puntuaciones altas (68.80%), por el contrario el sexo masculino mostró puntuaciones bajas (40.00%).

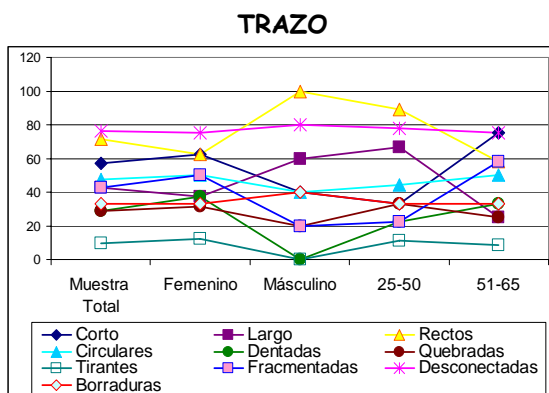


Grafica 3

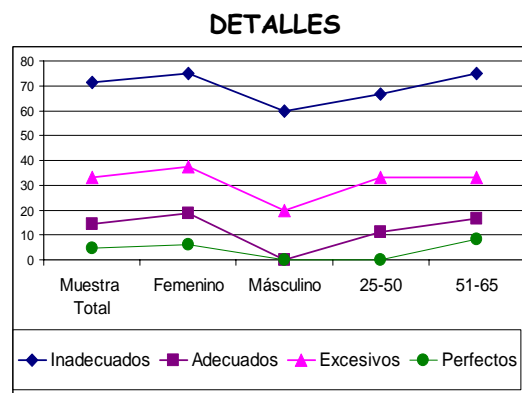


Grafica 4

Al comparar por Etapa de Desarrollo (ver grafica 4) se muestra que en la **edad 1 (25-50)** dibujan con **presión fuerte** (55.60%); mientras que en la edad 2 (51-65) son quienes dibujan de manera **liviana** con una puntuación de (75.00%). En cuanto a la muestra total podemos decir que la presión de los dibujos fue liviana (61.90%)



Grafica 5



Grafica 6

En cuanto a la comparación entre sexos refiriéndonos en este caso al TRAZO tenemos que: El sexo femenino presenta puntajes significativos en, los trazos cortos (62.50%), rectos (62.50%), circulares (50.00%), dentados (37.50%), quebrados (31.30%), fragmentados (50.00%), por otra parte también presenta puntajes **significativamente altos** en los trazos desconectados (75.00%). En cuanto al sexo masculino se presentan puntajes **significativos** en los trazos cortos (40.00%), Circulares (40.00%), Borraduras (40.00%), y se presenta puntajes **significativamente altos** en los trazos Largos (60.00%), Rectos (100.00%) y Desconectados (100.00%).

En cuanto a la comparación por Etapa de Desarrollo se muestra que los dibujos de la edad 1 (25-50) presenta trazos cortos (33.30), largos (66.70), Circulares (44.40), quebradas (33.30), y Borraduras (33.30); Presentan puntajes **significativamente altos** en los trazos Rectos (88.90) y Desconectadas (77.80). En cuanto a la edad 2 (51-65) presentan trazos rectos (58.30), circulares (50.00), Dentadas (33.30), Fragmentadas (58.30), y Borraduras (33.30) y Presentan puntajes **significativamente altos** en los trazos cortos (75.00) y desconectados (75.00).

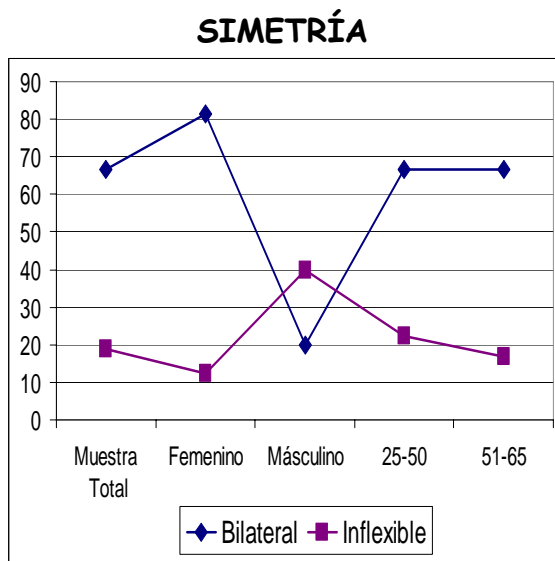
En cuanto a la muestra total podemos decir que en general los principales rasgos en cuanto al trazo de los dibujos fueron Cortos, Largos, Circulares, fragmentadas, borraduras y significativamente altos en Rectos y Desconectados (ver grafica 5).

En cuanto a la comparación entre sexos refiriéndonos en este caso a DETALLES tenemos que el sexo **femenino** presenta **puntajes significativos** en,

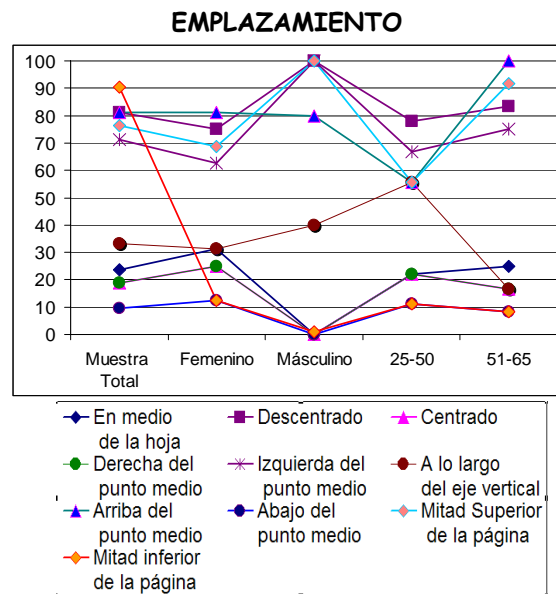
los detalles excesivos (37.50%), y presenta puntajes **significativamente altos** en los detalles inadecuados (75.00%). En cuanto al sexo **masculino** se presentan puntajes **significativamente altos** en los detalles inadecuados (60.00%).

En cuanto a la comparación por Etapa de Desarrollo se muestra que los dibujos en la **edad 1** (25-50) presentan detalles inadecuados (66.70%) y excesivos (33.30%). En cuanto a la edad 2 (51-65) presentan detalles excesivos (33.30) y puntajes **significativamente altos** en los detalles inadecuados (75.00%).

En cuanto a la muestra total podemos decir que en general los principales rasgos en cuanto a los DETALLES de los dibujos fueron excesivos y **significativamente altos** en Inadecuados (ver grafica 6).



Grafica 7



Grafica 8

En cuanto a la comparación entre sexos refiriéndonos en este caso a SIMETRIA tenemos que el sexo femenino presenta puntajes **significativamente altos** la simetría bilateral (81.30%). En cuanto al sexo masculino se presentan puntajes significativos en la simetría inflexible (40.00%).

En cuanto a la comparación por Etapa de Desarrollo se muestra que los dibujos en la edad 1 (25-50) y la edad 2 (51-65) presenta simetría bilateral (66.70%).

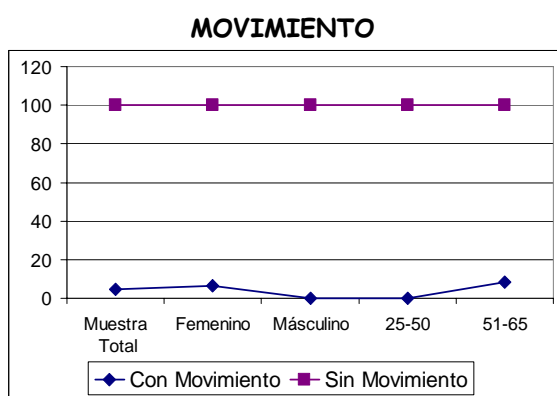
En cuanto a la muestra total podemos encontrar los puntajes significativamente altos en la simetría bilateral (66.70%).(ver grafica 7)

En cuanto a la comparación entre sexos refiriéndonos en este caso a EMPLAZAMIENTO tenemos que el sexo femenino presenta puntajes significativos en medio de la hoja (31.30%) izquierda del punto medio (62.50%), a lo largo del eje vertical y a la mitad superior de la pagina (68.80%) presenta puntajes significativamente altos en Descentrado (75.00%), y arriba del punto medio (81.30%). En cuanto al sexo masculino se presentan puntajes significativos en a lo largo del eje vertical, y presenta puntajes significativamente altos en Descentrado (100.00%), Izquierda del punto medio (100.00%) Mitad superior de la pagina (100.00%) y arriba del punto medio (80.00%).

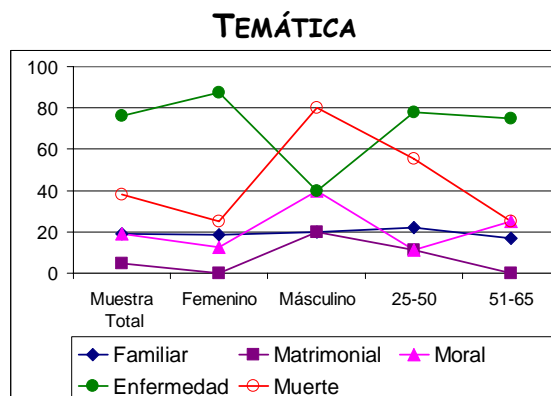
En cuanto a la comparación por Etapa de Desarrollo se muestra que los dibujos en la edad 1 (25-50) presenta puntajes significativos en los dibujos Descentrados (77.80%), izquierda del punto medio (66.70%) a lo largo del eje vertical (55.60%) arriba del punto medio (55.60%) y mitad superior de la pagina

(55.60%), presento un puntaje significativamente alto en los dibujos Descentrados (77.80%) y la edad 2 (51-65) presenta puntajes significativamente altos en Descentrados (83.30%), izquierda del punto medio (75.00%), Arriba del punto medio (100.00%) Mirad superior de la pagina (91.70%).

En cuanto a la muestra total podemos decir que en general las puntuaciones significativamente altas fueron en los dibujos Descentrados (81.00%), colocados a la izquierda del punto medio (71.40%), Arriba del punto medio (81.00%), Mitad superior de la pagina (76.20%) Mitad inferior de la pagina (90.50%) (ver grafica 8)



Grafica 9



Grafica 10

En Cuanto a la comparación entre sexos en este caso Movimiento, tenemos que tanto en el sexo femenino, como el sexo masculino no presentan movimiento, y que todos los dibujos fueron realizados sin movimiento.

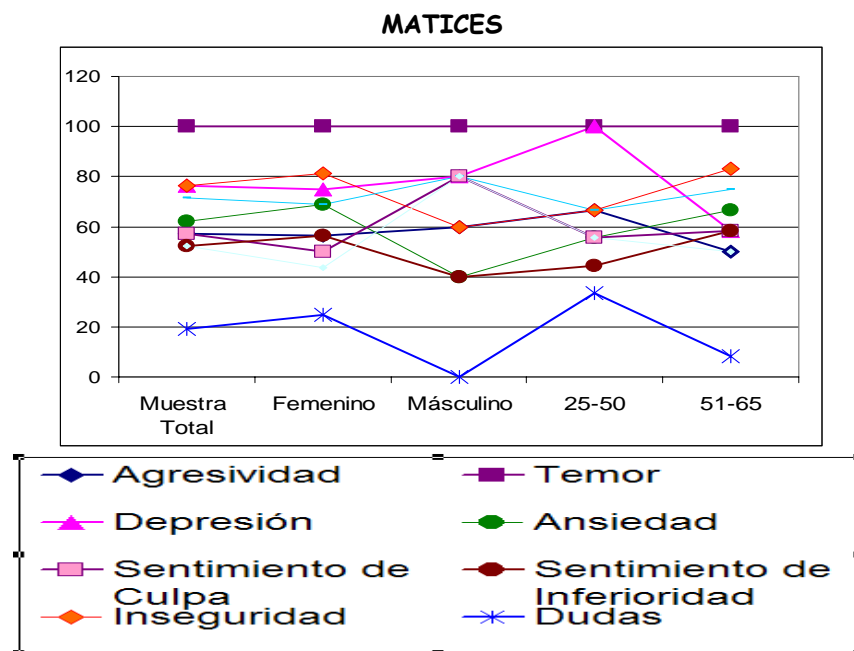
En cuanto a la comparación entre etapas de desarrollo podemos decir que tanto la etapa 1 (25-50) como la etapa 2 (51-65) no presentan movimiento en sus dibujos.

En cuanto a la muestra total podemos decir entonces que los dibujos tuvieron una puntuación significativa en Sin movimiento (100.00%) (ver grafica 9)

En cuanto a la comparación entre sexos en este caso de Temática, tenemos que en el Sexo femenino la temática significativa fue la Enfermedad (87.50%). Para el sexo masculino, los temas dibujados fueron los de temática moral (40.00%), Enfermedad (40.00%) pero el significativamente mas alto fue el tema de La muerte (80.00%).

En cuanto a la comparación entre etapas de desarrollo en este caso de Temática, tenemos que la edad 1 (25-50) La temática significativa fue de Muerte, Mientras que la significativamente alta fue de Enfermedad. A diferencia de la edad 2 (51-65) la puntuación significativamente alta fue la de Enfermedad (75.00%).

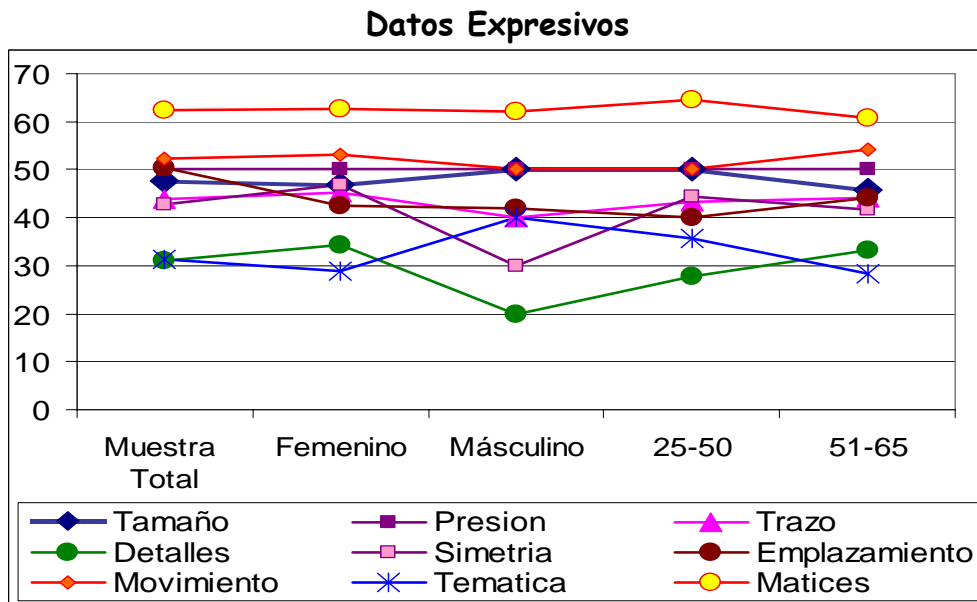
En cuanto a la muestra total podemos indicar que la temática significativamente alta fue la de Enfermedad (76.20%) (ver grafica 10)



Grafica 11

En cuanto a la comparación entre sexos en este caso MATICES, podemos decir que el sexo femenino tuvo puntuaciones significativas en Agresividad (56.30%), Ansiedad (68.80%), Sentimientos de culpa (50.00%) Sentimientos de Inferioridad (56.30%), Frustración (68.80%), Presento puntajes significativamente altos en Temor (100.00%), Depresión (75.00%), Inseguridad (81.30%). En cuanto al sexo masculino presento matices de Agresividad (60.00%) Ansiedad (40.00%), Sentimientos de inferioridad (40.00%) Inseguridad (60.00), Además de presentar puntajes significativamente altos en los matices de Temor (100.00%), Depresión (80.00%), Sentimientos de Culpa (80.00%), Frustración (80.00%) y conflictos sexuales (80.00%).

En cuanto a la comparación entre edades en este caso podemos decir que la edad 1 (25-50) presenta puntajes significativos en Agresividad (66.70%), Ansiedad (55.60%), Sentimientos de Inferioridad (44.40%), Inseguridad (66.70%) Dudas (33.30%), Frustración (66.70%), Conflictos Sexuales (55.60%), Y puntajes significativamente altos en Temor (100.00%), Depresión (100.00%). En cuanto a la edad 2 (51-65) presento puntajes significativos en Agresividad (50.00%), Depresión (58.30%), Ansiedad (66.70%), Sentimientos de Culpa (58.30%), Sentimientos de Inferioridad (58.30%), Conflictos Sexuales (50.00%) y puntajes significativamente altos en Temor (100.00%), Inseguridad (83.30%), Frustración (75.00%).En cuanto a la muestra total, los matices significativamente altos fueron Temor (100.00%), Depresión (75.00%), e Inseguridad (76.20%) (ver grafica 11)



Grafica 12

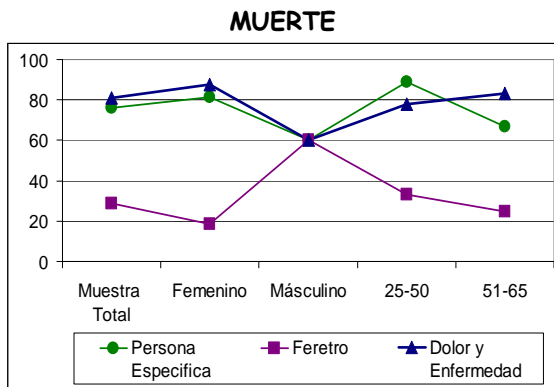
En la gráfica 12 se observa como se distribuyen los puntajes de los elementos expresivos evaluados en la prueba, en cada uno de los grupos. Los detalles se distribuyen en un menor porcentaje en cada uno de los grupos evaluados. Mientras que los matices son los elementos que se distribuyen en mayor porcentaje. Los elementos temáticos se dan en un mayor porcentaje en el sexo masculino.

B) ELEMENTOS DE CONTENIDO

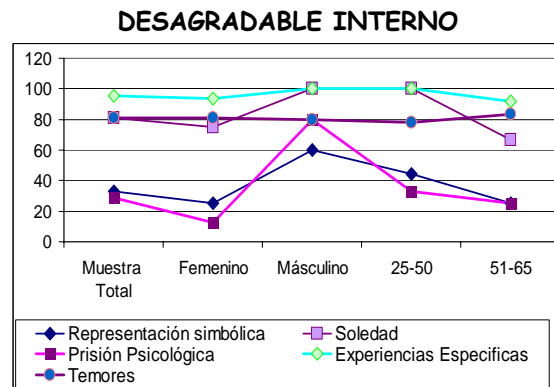
Los elementos de contenido a evaluar son cuatro: Muerte, desagradable interno, desagradable externo y ubicado en el sexo.

Dentro de la escala de muerte se hace referencia a **Persona específica, Féretro, Dolor y enfermedad**, en las cuales se muestran diferencias entre sexo, edad y muestra total.

La comparación entre sexos refiriéndonos a **muerte** en la escala de **persona específica**, el sexo **femenino** obtuvo la puntuación más alta (81.30%) en comparación con el sexo **masculino** (60.00%).



Grafica 13



Grafica 14

En cuanto a la comparación por **etapa de desarrollo** se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la **edad 1** obtuvieron una puntuación alta de (80.90%), al mismo tiempo que en la edad 2 la puntuación fue de (66.70%). Mientras que la muestra total obtuvo una puntuación alta de (76.20%).

En la escala de **féretro**, la comparación entre sexos, el **femenino** obtuvo una puntuación baja (18.80%) en comparación con el sexo **masculino** con (60.00%). En cuanto a la comparación por **etapa de desarrollo** se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la **edad 1** obtuvo una puntuación de (33.30%) al mismo tiempo que en la **edad 2** la puntuación fue de (25.00%). Mientras que en la **muestra total** se obtuvo una puntuación baja de (28.60%).

En la escala de **Dolor y enfermedad**, haciendo la comparación entre **sexos**, el **femenino** obtuvo una puntuación alta (87.50%), en comparación con el sexo **masculino** de (60.00%). En cuanto a la comparación por **etapa de desarrollo** se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la **edad 1** obtuvo una puntuación alta de (77.80%) al mismo tiempo que en la **edad 2** la puntuación fue de alta de igual manera de (83.30%). Mientras que la **muestra total** obtuvo una puntuación alta de (81.00%).

De forma general tenemos que dentro de la escala de **muerte** la muestra se presentó de manera significativa en la escala de **dolor y enfermedad** con una puntuación de (81.00%) en comparación con las demás escalas (ver gráfica 13).

Dentro de la escala **Desagradable Interno** (ver gráfica 14) se hace referencia a Representación Simbólica de un Estado Mental, Soledad, Prisión Psicológica, Experiencias Personales muy específicas, Temores (temor a la agresión, temor a los resultados de la agresión, agresión hacia los niños), en las cuales se encontraron diferencias entre sexo, edad y muestra total.

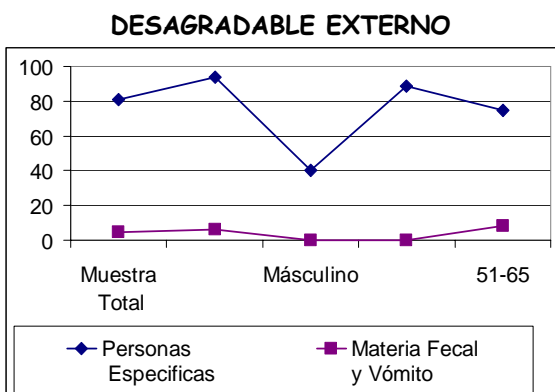
La comparación entre **sexos** en lo que se refiere a **Representación simbólica**, nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación baja de (25.00%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo la puntuación más alta de (60.00%), en cuanto a la comparación que se refiere a la **etapa de desarrollo** se muestra que la **edad 1** (25 a 50 años) obtuvieron una puntuación de (44.40%), mientras que la **edad 2** (51 a 65 años) la puntuación obtenida fue baja de (25.00%). La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación de (33.30%). La comparación entre **sexos** haciendo referencia a la escala de

Soledad, nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación alta de (75.00%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo la puntuación más alta de (100%), en cuanto a la comparación que se refiere a la **etapa de desarrollo** se muestra que la **edad 1**(25 a 50 años) obtuvieron una puntuación alta de (100), mientras que la **edad 2**(51 a 65 años) la puntuación obtenida fue de (66.70%).La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación alta de (81.00%).

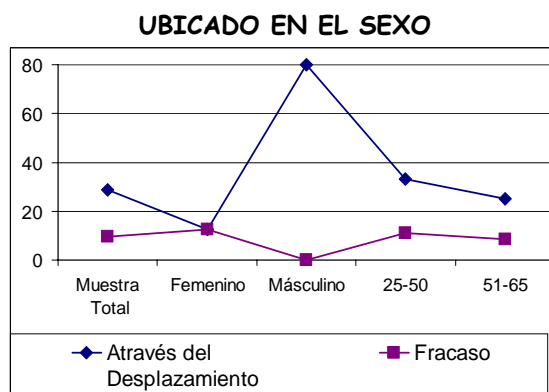
La comparación entre **sexos** en lo que se refiere a **Prisión Psicológica**, nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación baja de (12.50%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo la puntuación más alta de (80.00%), en cuanto a la comparación que se refiere a la **etapa de desarrollo** se muestra que la **edad 1**(25 a 50 años) obtuvieron una puntuación de (33.30%), mientras que la **edad 2**(51 a 65 años) la puntuación obtenida fue baja de (25.00%).La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación de (28.60%).

La comparación entre **sexos** en lo que se refiere a **Experiencias personales muy específicas**, nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación alta de (93.80%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo la puntuación más alta de (100%), en cuanto a la comparación que se refiere a la **etapa de desarrollo** se muestra que la **edad 1**(25 a 50 años) obtuvieron una puntuación más alta de (100%), mientras que la **edad 2** (51 a 65 años) la puntuación obtenida fue de (95.70%). La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación alta de (95.20%).

La comparación entre sexos en lo que se refiere a Agresión, Temores (temor a los resultados de la agresión, agresión hacia los niños), nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación alta de (81.30%), en comparación con el sexo **masculino** de igual manera obtuvo la puntuación de (80.00%), en cuanto a la comparación que se refiere a la etapa de desarrollo se muestra que la **edad 1** (25 a 50 años) obtuvieron una puntuación alta de (77.80%), mientras que la **edad 2** (51 a 65 años) la puntuación obtenida también fue alta de (83.30%). La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación alta de (81.00%). De manera general tenemos que dentro de la escala **Desagradable Interno** se presento de manera significativa en la escala de Experiencias personales muy específicas con una puntuación de (95.20%) en comparación con las demás escalas que pertenecen a **Desagradable Interno**.



Grafica 15



Grafica 16

Dentro de la escala Desagradable Externo hace referencia a Personas específicas, Materia fecal y vómito, en las cuales se muestran diferencias entre sexo, edad y muestra total.

La comparación entre sexos refiriéndonos a Personas específicas, en la escala Desagradable Externo, el sexo **femenino** obtuvo la puntuación más alta de

(93.80%) en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo la puntuación de (40.00%). En cuanto a la comparación por etapa de desarrollo se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la edad 1 obtuvieron una puntuación alta de (88.90%), al mismo tiempo que en la edad 2 la puntuación fue de (75.00). Mientras que la **muestra total** obtuvo una puntuación alta de (81.00%).

En la escala de Materia fecal y vómito, en la comparación entre **sexos**, el **femenino** obtuvo una puntuación baja de (6.30%) en comparación con el sexo **masculino** no presento ninguna puntuación (0 %). En cuanto a la comparación por **etapa de desarrollo** se muestra la **edad 1**(25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la edad 1 no se presento ninguna puntuación (0%) al mismo tiempo que en la **edad 2** obtuvo una puntuación baja de (8.30%). Mientras que en la muestra total se obtuvo una puntuación baja de (4.80%).

De forma general tenemos que dentro de la escala Desagradable Externo la **muestra total**, presento de manera significativa en la escala de Personas Especificas, con una puntuación de (81.00%) en comparación con las demás escalas (ver gráfica 15).

Dentro de la escala Ubicado en el **Sexo** se hace referencia a través del Desplazamiento y Fracaso, en las cuales se muestran diferencias entre sexo, edad y muestra total. La comparación entre los **sexos** refiriéndonos a la escala de A través del Desplazamiento, el **femenino** obtuvo una puntuación baja de (12.50%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo una puntuación alta de (80.00%). En cuanto a la comparación por etapa de desarrollo se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la **edad 1** obtuvo una

puntuación de (33.30%) al mismo tiempo que en la **edad 2** la puntuación fue baja de (25.00%). Mientras que la **muestra total** obtuvo una puntuación de (28.60%).

La comparación entre **sexos** haciendo referencia a la escala de **Fracaso**, nos muestra que el sexo **femenino** obtuvo una puntuación baja de (12.50%), en comparación con el sexo **masculino** que no presentó ninguna puntuación (0%), en cuanto a la comparación que se refiere a la **etapa de desarrollo** se muestra que la **edad 1** (25 a 50 años) obtuvieron una puntuación baja de (11.10%), mientras que la **edad 2** (51 a 65 años) la puntuación obtenida fue de igual manera de (8.30%). La **muestra total** dentro de esta escala obtuvo una puntuación baja de (9.50%).

De forma general tenemos que dentro de la escala Ubicado en el **Sexo** la muestra que se presentó de manera más significativa fue la de a través del desplazamiento con una puntuación de (28.60%) en comparación con las otras escalas (ver gráfica 16).

De manera general los Datos de **Contenido** donde se encuentran las escalas de Muerte, Desagradable Interno, Desagradable Externo y Ubicado en el Sexo. Las escalas muestran diferencias entre la sexo, edad y muestra total.

En la escala de Muerte, la muestra total obtuvo una puntuación de (61.93%), el sexo femenino obtuvo una puntuación de (62.53%), en comparación con el sexo masculino de (60.00%). en cuanto a la comparación por etapa de desarrollo se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la

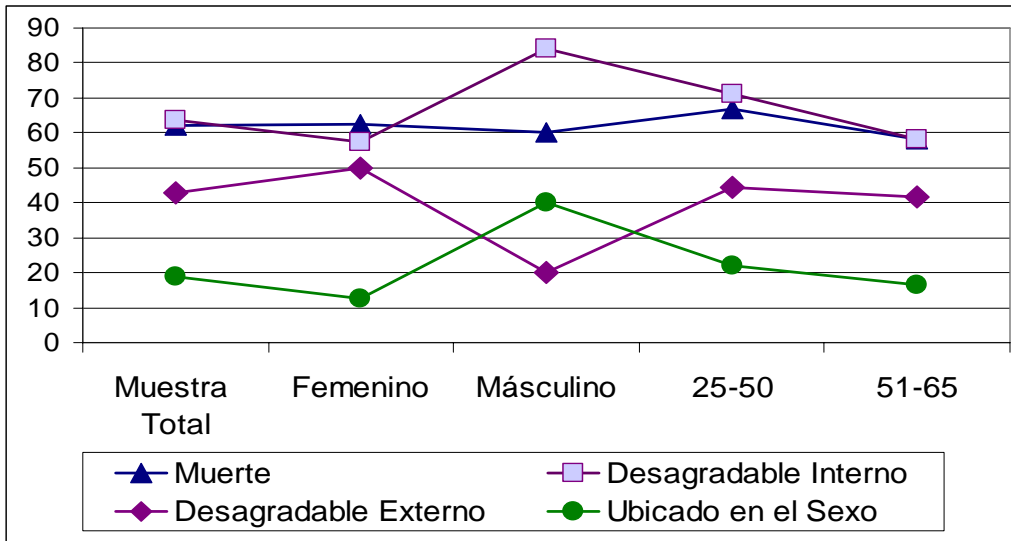
que la edad 1 obtuvieron una puntuación de (66.37%), al mismo tiempo que en la edad 2 la puntuación fue de (58.33%).

En la escala **Desagradable Interno**, la muestra total obtuvo una puntuación de (63.82%), el sexo **femenino** obtuvo una puntuación de (57.52%), en comparación con el sexo **masculino** de (84.00%). Mientras que a la comparación por **etapa de desarrollo** se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la edad 1 obtuvieron una puntuación de (71.10%), mientras que en la edad 2 la puntuación fue baja de (58.34%).

En la escala **Desagradable Externo**, la muestra total obtuvo una puntuación de (42.90%), el sexo **femenino** obtuvo una puntuación de (50.05%), en comparación con el sexo **masculino** que obtuvo una puntuación baja de (20.00%). En cuanto a la comparación por etapa de desarrollo se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la edad 1 obtuvieron una puntuación de (44.45%), al mismo tiempo que en la edad 2 la puntuación fue de (41.65%).

En la escala de Ubicado en el **Sexo**, la muestra total obtuvo una puntuación baja de (19.05%), de igual manera el sexo **femenino** obtuvo una puntuación baja de (12.50%), en comparación con el sexo **masculino** de (40.00%). En cuanto a la comparación por etapa de desarrollo se muestra la **edad 1** (25 a 50 años) y la **edad 2** (51 a 65 años), en la que la edad 1 obtuvieron una puntuación baja de (22.20%), de igual forma que en la edad 2 la puntuación fue de (16.50%) (ver grafica 17).

DATOS DE CONTENIDO



Grafica 17

V INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El test adiós al cigarro fue un instrumento basado en la técnica Machover y el Concepto más desagradable. Está propuesta permite evaluar las alteraciones de la personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.

La muestra utilizada en el presente estudio fue de tipo accidental, representada por características determinantes como sexo y edad. El test adiós al cigarro fue aplicado exclusivamente a personas que deseaban dejar de fumar; determinando así las variables de sexo femenino, sexo masculino, y edad (edad adulta temprana con un rango de edad de 25 a 50 años y edad adulta intermedia de 51 a 65 años).

El análisis es de tipo cuantitativo y se encuentra basado en el test “adiós al cigarro” como una técnica grafoproyectiva que evalúa las alteraciones en los rasgos de personalidad, los cuales se pueden presentar en las personas que desean dejar de fumar. El instrumento se encuentra conformado por dos escalas, 1) Escalas de Expresivas, 2) Escalas de Contenido, de las cuales se realizará la siguiente interpretación de resultados de cada una de las escalas.

INTERPRETACION DE LAS ESCALAS EXPRESIVAS.

1) P O R S E X O S

T a m a ñ o

En el análisis de Tamaño se muestra que **las Mujeres** presentan sentimientos de inadecuación, tendencia al retraimiento, sentimientos de

inferioridad, poca autoestima, depresión, e inseguridad. En **los hombres** se presentan los mismos sentimientos en mayor grado. Por lo tanto podemos decir que los hombres y las mujeres presentan los mismos problemas en los rasgos de personalidad pero en **los varones es más marcada**.

P r e s i ó n

Las **mujeres** en la escala nos indican bajo nivel energético, restricción o represión, depresión, rasgos de histeria, o llegan a sentirse desubicadas, inseguras, inestabilidad emocional y ansiedad. Los **hombres** manifiestan rasgos generalmente asertivos, sin embargo esto también puede ser un indicador de personas extremadamente tensas, con rasgos paranoicos, agresión, temor a la despersonalización, depresión.

T r a z o s

Los trazos realizados por el sexo **femenino**, indica un comportamiento impulsivo, son personas excitables, en algunas ocasiones pueden ser auto afirmativos, presentan estados de ánimo agresivos, dependientes, y emotivas, ansiedad, timidez, falta de auto confianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas, alto grado de tendencias psicóticas. El sexo **masculino** nos indica que mantiene un firme control de su conducta, y tienden a ser más inhibidos, tienden a ser altamente auto afirmativo con tendencias psicóticas.

D e t a l l e s

El sexo **femenino** manifiesta una clara tendencia la retraimiento, transmitiendo una sensación de vacío, reducción de energía y utilizan el

aislamiento emocional como defensa. El sexo **masculino** nos indica las mismas características en menor grado.

S i m e t r í a

Encontramos que el sexo **femenino** manifiesta un alto grado de control emocional que puede llegar a ser de tipo obsesivo compulsivo y puede expresarse en mecanismos de defensa como represión e intelectualización exagerada. El sexo **masculino** nos indica neurosis depresiva, defensa contra lo reprimido y/o contra el medio ambiente amenazador, defensas contra la despersonalización.

E m p l a z a m i e n t o

Las **mujeres** muestran las características, de dependencia, y poco control de su conducta, se hallan orientadas por si mismas, son impulsivas y buscan la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos es probable que la persona sienta que realiza un gran esfuerzo que su meta es casi inalcanzable, que la persona busque sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, o que se mantenga distante y relativamente inaccesible. Pueden alcanzar el éxito si ejercen mas esfuerzo para obtenerlo. Los **hombres** poseen alto grado de dependencia y acciones incontroladas, tienen alta probabilidad de comportarse impulsivamente y buscar la satisfacción inmediatamente de sus necesidades e impulsos, la persona siente que realiza un gran esfuerzo en su meta que es casi inalcanzable, la persona busca sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, tiende a mantenerse distante e inaccesible.

M o v i m i e n t o

Ambos sexos muestran ausencia en los elementos móviles, por lo que se nos indica entonces cierto grado de depresión en los sujetos.

T e m á t i c a

Las **mujeres** presentan dificultades en su salud física (enfermedad) que en este caso es una temática realista, lógica, esta dentro del área neutra es la preocupación propia en este caso, los **Hombres** presentan mayor grado de preocupación por la muerte.

M a t i c e s

Las **mujeres** encontramos temor, alto grado de depresión que nos indica restricción ideacional, pensamientos pesimistas, desaliento, auto desprecio, énfasis en los aspectos morales, agresividad reprimida, culpabilidad. Inseguridad. En el sexo **masculino** encontramos temor, alto grado de depresión, que nos indica restricción ideacional, pensamientos pesimistas, desaliento, auto desprecio, énfasis en los aspectos morales, agresividad reprimida, culpabilidad. Frustración, conflictos sexuales.

2) P O R S E X O S

T a m a ñ o

Los sujetos de la **edad adulta temprana** denotan sentimientos de constricción ambiental, acciones o fantasías sobre compensatorias concomitantes, están mas propensos a la frustración y posee dentro de si una fuerte corriente agresiva. En cuanto a los sujetos de la **edad adulta intermedia** presentan

sentimientos de inadecuación, tendencia al retraimiento, sentimientos de inferioridad, poca autoestima, depresión, e inseguridad.

P r e s i ó n

Los sujetos de la edad adulta temprana en la escala de Presión muestran rasgos generalmente asertivos, sin embargo esto también puede ser un indicador de personas extremadamente tensas, con rasgos paranoicos, agresión, temor a la despersonalización, depresión.

T r a z o

Los sujetos de la **edad adulta temprana** en la escala de **Trazo** podemos decir que mantienen un firme control de su conducta, y tienden a ser más inhibidos, tienden a ser altamente auto afirmativo con tendencias psicóticas. En cuanto a los sujetos de la edad **adulta intermedia** nos indica que su comportamiento es impulsivo, son personas excitables, en algunas ocasiones pueden ser auto afirmativas, presentan estados de ánimo agresivos, dependientes, y emotivas, ansiedad, timidez, falta de auto confianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas, alto grado de tendencias psicóticas.

D e t a l l e s

En la escala de **Detalles** en la **adultez temprana** manifiestan una clara tendencia la retraimiento, transmitiendo una sensación de vacío, reducción de energía y utilizan el aislamiento emocional como defensa. Los **adultos intermedios** nos indican las mismas características en mayor grado.

S i m e t r í a

En la escala de **Simetría** nos encontramos que en la **adultez temprana e intermedia** manifiestan un alto grado de control emocional que puede llegar a ser de tipo obsesivo compulsivo y puede expresarse como mecanismos de defensa como represión e intelectualización constante.

E m p l a z a m i e n t o

Los **adultos tempranos** muestran las siguientes características, dependencia, y poco control de su conducta, se hallan orientadas por si mismas, son impulsivas y buscan la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos es probable que la persona sienta que realiza un gran esfuerzo que su meta es casi inalcanzable, que la persona busque sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, o que se mantenga distante y relativamente inaccesible. Pueden alcanzar el éxito si ejercen mas esfuerzo para obtenerlo. Los **adultos intermedios** poseen alto grado de dependencia y acciones incontroladas, tienen alta probabilidad de comportarse impulsivamente y buscar la satisfacción inmediatamente de sus necesidades e impulsos, la persona siente que realiza un gran esfuerzo en su meta que es casi inalcanzable, la persona busca sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, tiende a mantenerse distante e inaccesible.

M o v i m i e n t o

En la escala de **movimiento** tanto los **adultos tempranos e intermedios**, muestran ausencia en los elementos móviles, por lo que se nos indica entonces cierto grado de depresión en los sujetos.

Temática

En la escala de **Temática** los **adultos tempranos** e **intermedios** presentan dificultades en su salud física (enfermedad) que en este caso es una temática realista, lógica, esta dentro del área neutra es la preocupación propia en estos casos.

Presión

En todos los grupos de edad manifiestan sentimientos de temor y frustración que se manifiestan ante el estrés que viven al dejar de fumar, perdiendo la objetividad de las cosas.

INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO.

1) POR SEXOS

Muerte

En cuanto a las puntuaciones más altas del sexo **femenino** en comparación con el sexo **masculino**, determina que estas presentan síntomas de dolor y enfermedad reales, pero también de tipo hipocondríacos, mientras que el sexo opuesto también presenta dichos síntomas, pero de manera real y asertiva.

Desagradable Interno

Ambos sexos presentan emociones reprimidas ya que no es fácil para ellos el poder exteriorizarlas, de las cuales las que más se manifiestan dentro de esta represión son sus temores y las emociones que les causan lo que puede traer como resultado el tabaquismo.

Desagradable externo

Las mujeres se percatan de su problemática actual de una manera clara existiendo impedimento por su parte a tener que seguir cualquier tipo de patrón familia, aceptan tener un problema y acuden a pedir la ayuda necesaria para poder solucionarlo, mientras tanto que el sexo masculino ve su problemática pero no lo expone hacia afuera, creyendo que solo el podrá solucionarlo sin ser necesario ningún tipo de ayuda.

Ubicado en el sexo

El sexo **masculino**, nos reflejan sus inquietudes en el medio que los rodea, ya que existe negación a aceptar que tienen un problema, mientras que las **mujeres** tienen la capacidad para poder aceptar que tienen un problema, aunque no de igual manera las consecuencias que les atrae dicho problema.

2) P O R E D A D

M u e r t e

Se indica que los **adultos tempranos** (25 a 50 años) en comparación con los **adultos intermedios** (51 a 65 años) se da una mayor inquietud por los resultados que pueden pasar a futuro sin lograr sus metas o objetivos. Existiendo en los adultos intermedios en comparación de los adultos tempranos de manera más notoria los malestares que provoca el tabaquismo, de igual manera que se presentan síntomas de tipo hipocondríaco.

Desagradable Interno

La **edad adulta tempranos** y **adultos intermedios**, presentan emociones reprimidas ya que no es fácil para ellos el poder exteriorizarlas, de las cuales las

que más se manifiestan dentro de esta represión son sus temores y las emociones que les causan lo que puede traer como resultado el tabaquismo.

D e s a g r a d a b l e e x t e r n o

Mientras que los **adultos tempranos y los adultos intermedios** de igual manera se percatan de su problemática actual de una manera clara existiendo impedimento por su parte a tener que seguir cualquier tipo de patrón familiar, aun así aceptan tener un problema así como la ayuda necesaria para poder solucionarlo.

U b i c a d o e n e l s e x o

Los **adultos** es más común que vean reflejado su problema en otros, manifestando así la negación que existe a aceptar el tener un problema, mientras tanto los adultos mayores tienen la capacidad de percibir y aceptar su problema actual de igual manera que los resultados que le ocasiona el tabaquismo.

3) P O R M U E S T R A T O T A L

C o n t e n i d o

De manera global se obtuvo que los elementos evaluados en los datos que se arrojaron por los sexos (femenino, masculino) y edad (**adultos tempranos** de 25 a 50 años, **adultos intermedios** de 51 a 65 años) en las escalas de: Muerte, Desagradable Interno, Desagradable Externo y Ubicado en el Sexo, en los adultos y adultos mayores, tanto de sexo femenino como masculino nos revela que existe preocupación, como temor a la muerte que podría ser la consecuencia del tabaquismo, en las situaciones internas vinculadas con su pasado, en la

actualidad, a futuro o relacionado con su historia personal, las cuales la mayoría de las veces son reprimidas, siendo proyectadas dentro del medio que los rodea.

V I . C O N C L U S I O N E S

El test “adiós al cigarro” esta propuesta de instrumento arroja elementos de interpretación para evaluar el estado psicológico de aquellas personas que desean dejar de fumar. .De acuerdo con los resultados obtenidos, se logró cumplir con los objetivos planteados para esta investigación, de igual manera se pudieron comprobar las hipótesis planteadas.

1. Para el test “adiós al cigarro”. Los sujetos participantes, no son una muestra representativa, estas variables no son significativas en la población mexicana.
2. El objetivo general se cumplió al demostrar que el test “adiós al cigarro”, es una técnica grafoproyectiva que ayuda a detectar y evaluar rápidamente alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.
3. En los objetivos particulares nos arroja que:
 - El Test “Adiós al Cigarro” ayuda a Detectar alteraciones en los rasgos de personalidad en ambos sexos.
 - El Test “Adiós al Cigarro” Establece un análisis cualitativo y cuantitativo de los dibujos en cuanto su ejecución, expresión y contenido.
 - El Test “Adiós al Cigarro”, Evalúa las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en sujetos que quieren dejar de fumar.

- El Test “Adiós al Cigarro”, Detecta rápidamente las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en sujetos que quieren dejar de fumar.
- El Test “Adiós al Cigarro”, Demuestra un valor diagnóstico de manera rápida y sencilla para los sujetos que desean dejar de fumar.
- El test “adiós al cigarro” es preciso para evaluar y al mismo tiempo empezar con el tratamiento mas adecuado para reparar las alteraciones en los rasgos de personalidad que se presentan en las personas que desean dejar de fumar.
- Nos indica de manera clara que existen diferentes alteraciones en los rasgos de personalidad en las personas que desean dejar de fumar.

POR SEXO.

Las **mujeres** presentan una serie de sentimientos como de desubicación, ansiedad y vacío, **tanto los hombres como las mujeres** presentan sentimientos de inadecuación, inferioridad, inseguridad, restricción, temor, auto desprecio y desaliento. Los **hombres** presentan sentimientos de culpa.

Las **mujeres** presentan una serie de tendencias a la inestabilidad emocional, a la excitabilidad, tanto los **hombres como las mujeres** presentan tendencias psicóticas, a la represión, a la depresión, al retraimiento, a los estados de animo agresivos, mantenerse distantes y relativamente inaccesible, los **hombres** tienen tendencia al firme control de su conducta, a la impulsividad, a la inhibición.

Las **mujeres** buscan la utilizan el aislamiento emocional como defensa. Tanto lo **hombres como las mujeres** buscan satisfacción inmediata, y la satisfacción en la fantasía y no en la realidad,

Las **mujeres** tienen rasgos de histeria, obsesivos compulsivos, a la intelectualización exagerada, **los hombres al igual que las mujeres** tienen rasgos depresivos. Los **hombres** presentan rasgos paranoides, neurosis depresiva.

Las **mujeres** presentan, comportamiento compulsivo, emotivas, presentan falta de auto confianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas, poco control de su conducta, **tanto los hombre como las mujeres** presentan baja autoestima, bajo nivel energético, son dependientes, tienen pensamientos pesimistas, presentan agresividad reprimida, comportamiento impulsivo.

Podemos hablar que en general las **mujeres** se hayan orientadas por si mismas, son enfáticas en los aspectos morales, tienen preocupación propia, pueden alcanzar el éxito si ejercen mas esfuerzo para obtenerlo, Pueden llegar a ser auto afirmativas, presentan dificultad para exteriorizar sus emociones, se percatan de su problemática actual de manera clara y aceptan la existencia de su problemática; así como la ayuda necesaria para solucionarla, no aceptan las consecuencias de dicho problema, existe negación de tener que seguir cualquier tipo de patrón familiar, Presentan síntomas de dolor y enfermedad reales, pero también de tipo hipocondríaco. **Tanto los hombres como las mujeres**, Presentan

dificultades en su salud física realista y lógica, síntomas de dolor y enfermedad reales.

En general los **hombres** presentan negación de la problemática, sentimientos de frustración, son pesimistas, tienen gran preocupación por la muerte, presentan temor a la despersonalización, conflictos sexuales, tensión y Acciones incontroladas.

POR EDADES.

La edad adulta temprana presenta sentimientos de constricción ambiental, desubicación, ansiedad, y temor a la despersonalización. La edad adulta intermedia presenta sentimientos de inadecuación e inferioridad. Mientras que en ambas edades presenta sentimientos de vacío e inseguridad.

La edad adulta temprana presenta tendencias a la inestabilidad emocional, tendencias a la represión e inhibición. La edad adulta intermedia presenta excitabilidad, mantenerse distantes y relativamente inaccesibles. Mientras que en ambas edades se presenta tendencias psicóticas, a la depresión, retraimiento, al estado de ánimo agresivos, impulsividad, y un firme control de su conducta.

La edad adulta temprana presenta búsqueda de satisfacción inmediata. En ambas edades aparece la utilización del aislamiento emocional como defensa y satisfacción en la fantasía y no en la realidad.

Los rasgos que presenta la edad adulta temprana son; paranoicos, Los de la edad adulta intermedia son obsesivos- compulsivos, y utilizan la intelectualización exagerada. Mientras que ambos presentan rasgos depresivos.

La edad adulta temprana presenta poco control de su conducta, La edad adulta intermedia, falta de auto confianza, vacilación en la conducta, en el enfrentamiento con las situaciones nuevas, así como baja autoestima, en ambos se presentan comportamientos emotivos, bajo nivel energético, dependencia y emociones reprimidas.

En general en la edad adulta temprana no aceptan las consecuencias de su problema, tienen temor a la despersonalización y hay negación de la problemática. En la edad adulta intermedia se presenta la preocupación por la muerte y acciones incontroladas. En ambas edades se presenta la preocupación propia, pueden llegar a ser auto afirmativos, se presentan dificultades para exteriorizar sus emociones, se percatan de su problemática actual de manera clara y aceptan la existencia de su problemática así como la ayuda necesaria, existe negación de tener que seguir cualquier tipo de patrón familiar, presentan síntomas de dolor y enfermedad reales, pero también de tipo hipocondríaco.

Los elementos que se analizaron en esta investigación permite plantear el seguimiento de esta, la propuesta de el Test "adiós al cigarro", su consigna despierta elementos inconscientes que se manifiestan ante la ansiedad en aquellas personas que desean dejar de fumar.

V I I . S U G E R E N C I A S

Las sugerencias que se pueden recomendar en base a los resultados del estudio, son las siguientes:

1. Se recomienda que para investigaciones a futuro con el test “adiós al cigarro” en personas que desean dejar de fumar, utilizar diferentes grupos de muestras representativas en instituciones mexicanas que apoyan en el tratamiento para dejar de fumar.
2. Considerar las mismas variables pero con grupos más grandes, y otras variables como: Escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, religión entre otros, para evaluar las diferencias.
3. Dar mayor difusión de las funciones del psicólogo, a los grupos que están en tratamiento para dejar de fumar, tratando así de disminuir resistencia o actitudes negativas por parte de los sujetos a examinar.
4. Estar en contacto con las instituciones dedicadas al tratamiento para dejar de fumar, para poder obtener dar seguimiento a las pacientes que ejecutan este test y como el diagnóstico de la prueba influye en el término del tratamiento para dejar de fumar en los pacientes.
5. Aplicar el test “adiós al cigarro” antes y después del tratamiento para dejar de fumar para evaluar la disminución de síntomas estresares.

VIII. LIMITACIONES

A continuación se hace mención de las limitaciones que se presentaron para la realización del estudio.

1. Negación por parte de los examinados lo cual complica un poco la aplicación del instrumento.
2. El tiempo para poder obtener una muestra en el Instituto de Enfermedades respiratorias (INER), depende del número de pacientes que demandan el tratamiento para dejar de fumar.
3. Es Difícil el acceso a las instalaciones para poder aplicar algún instrumento, ya que se requiere de varios trámites para poder realizar alguna investigación.

I X . A P O R T A C I O N E S

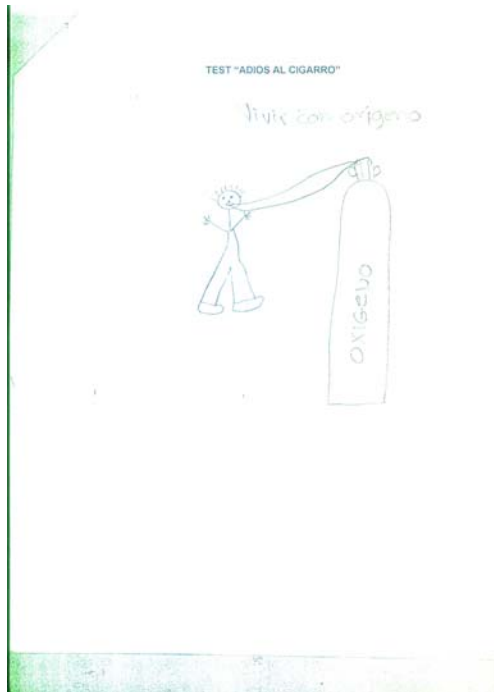
1. Se aporta una propuesta de instrumento psicológico, para la ayuda y obtención de diferente información que beneficiará a los pacientes y al Psicólogo Clínico, en el inicio del tratamiento para una rápida detección y solución de la problemática actual.
2. Mostrar un valor diagnóstico y la utilidad para poder deducir con mayor rapidez las alteraciones psicológicas en los examinados, así como el encontrar los rasgos de personalidad de una manera mas sencilla.
3. Poder describir y comprender los rasgos de personalidad que presentan las personas en terapia para dejar de fumar.
4. Contar de manera rápida los las diferencias de un sexo a otro y de igual manera para los diferentes grupos de edad de las personas que desean dejar de fumar.
5. Conocer el proceso psicológico por el que pasan las personas que desean dejar de fumar.
6. Proponer nuevas opciones para ubicar de manera más sencilla, las alteraciones en los rasgos de personalidad.

ANEXOS

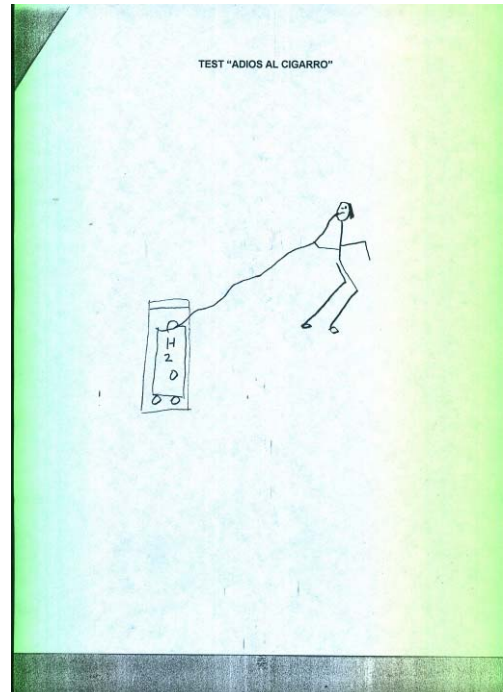
APLICADOR	APLICADOR					
TEST "ADIÓS AL CIGARRO"		"ADIÓS AL CIGARRO"				
<p>CONSIGNA: Se le pide al sujeto que dibuje, ¿Cual es la cosa más desagradable que le sucedería a una persona al decirle "Adiós Al Cigarro"?</p>	<p>DATOS GENERALES</p>					
<ol style="list-style-type: none">1. Todos los dibujos deben ser a lápiz.2. Se podrá utilizar goma ya que si esta permitido borrar.3. Todo esto puede hacerse tanto individual como colectivamente.4. Es una técnica que solo debe usarse con personas adultas.	<table border="1"><tr><td>Edad:</td><td>Sexo:</td></tr><tr><td></td><td>Masculino () Femenino ()</td></tr></table>	Edad:	Sexo:		Masculino () Femenino ()	
Edad:	Sexo:					
	Masculino () Femenino ()					

ANEXO: Formatos de aplicación del Test "Adiós al cigarro"

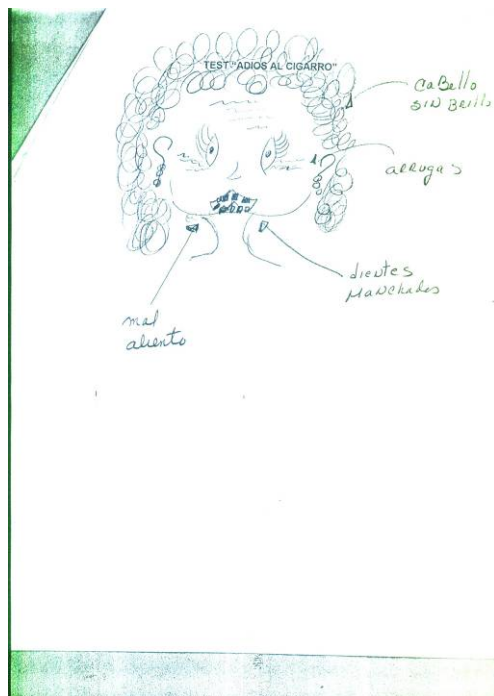
Anexo 2: Dibujos de la muestra de estudio



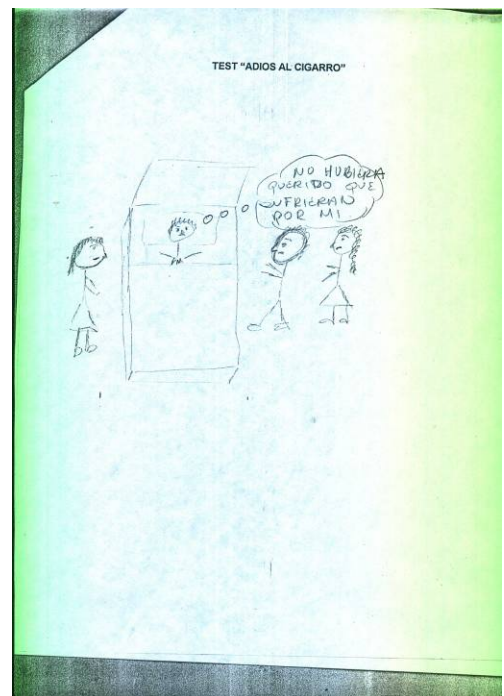
Sexo: FEMENINO **Edad:** 53



Sexo: FEMENINO **Edad:** 57



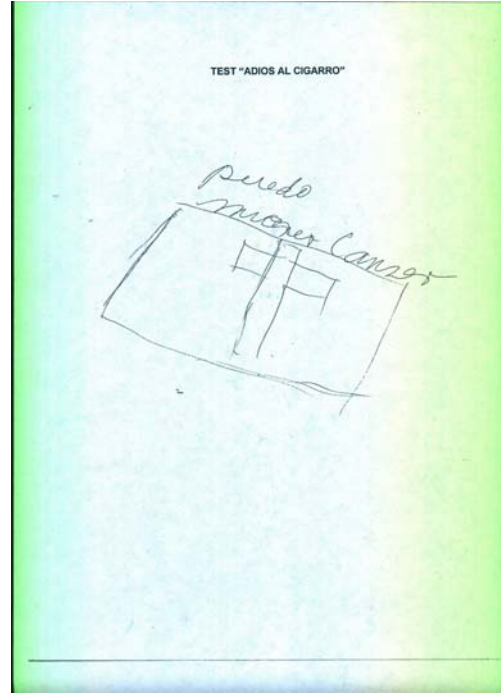
Sexo: FEMENINO **Edad:** 53



Sexo: FEMENINO **Edad:** 51



Sexo: FEMENINO **Edad:** 50



Sexo: FEMENINO **Edad:** 60



Sexo: MASCULINO **Edad:** 65



Sexo: MASCULINO **Edad:** 38



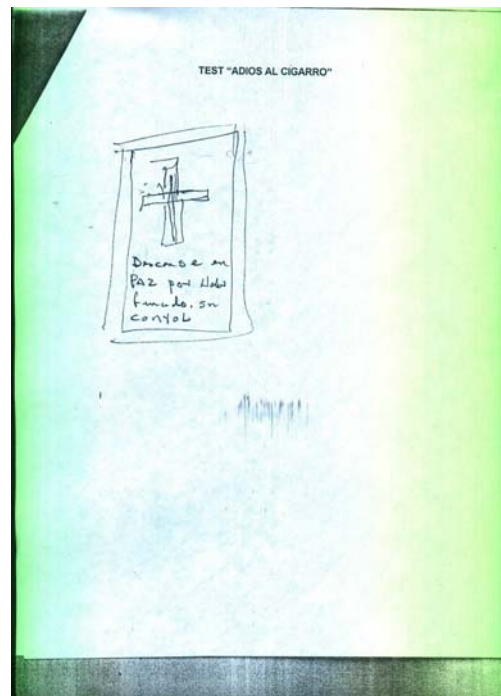
Sexo: FEMENINO **Edad:** 45



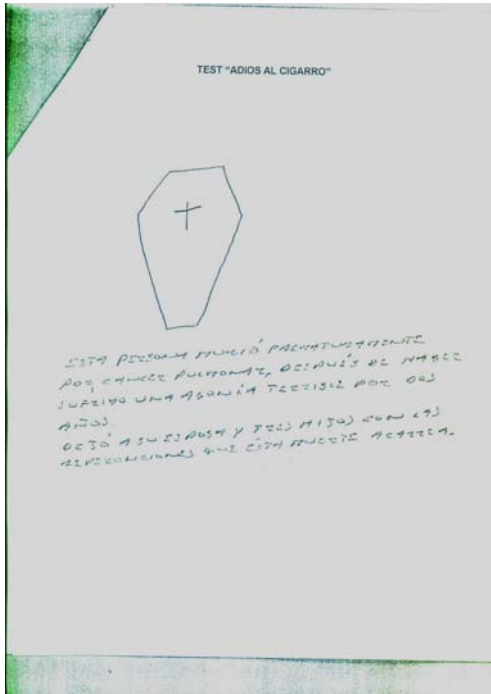
Sexo: FEMENINO **Edad:** 54



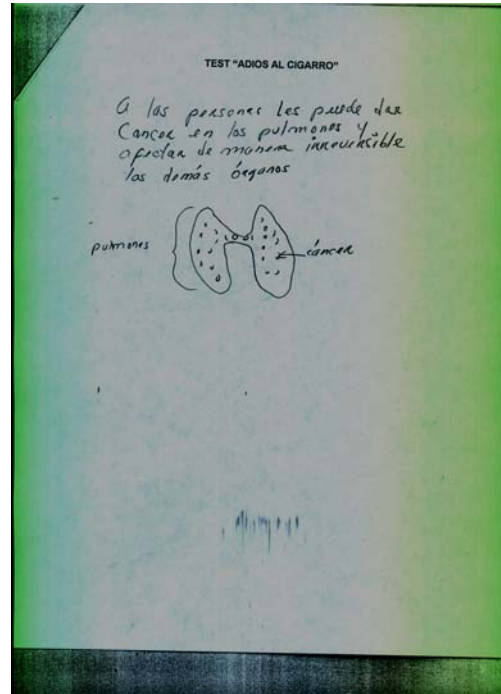
Sexo: FEMENINO **Edad:** 50



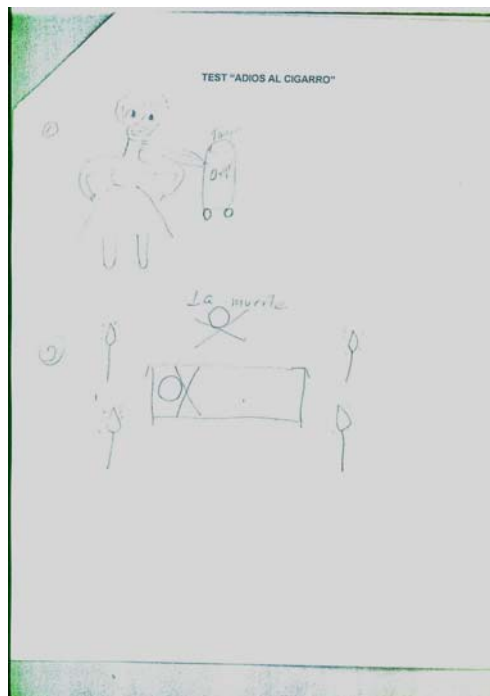
Sexo: MASCULINO **Edad:** 56



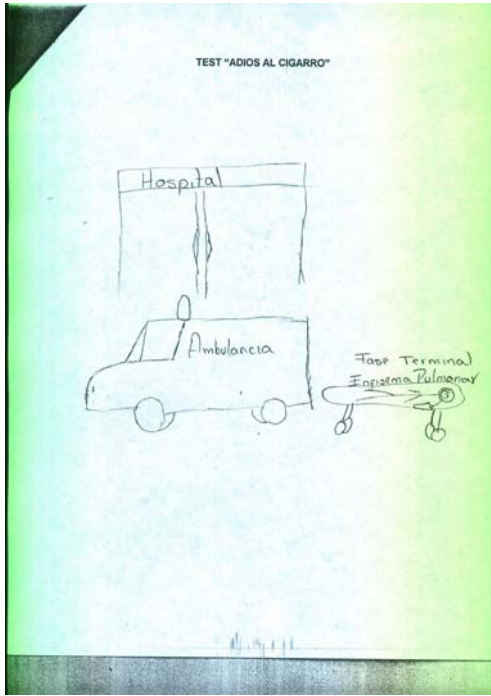
Sexo: MASCULINO **Edad:** 48



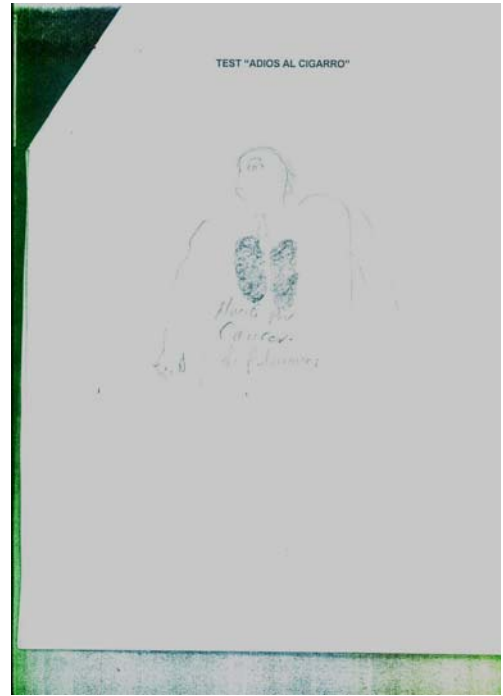
Sexo: FEMENINO **Edad:** 52



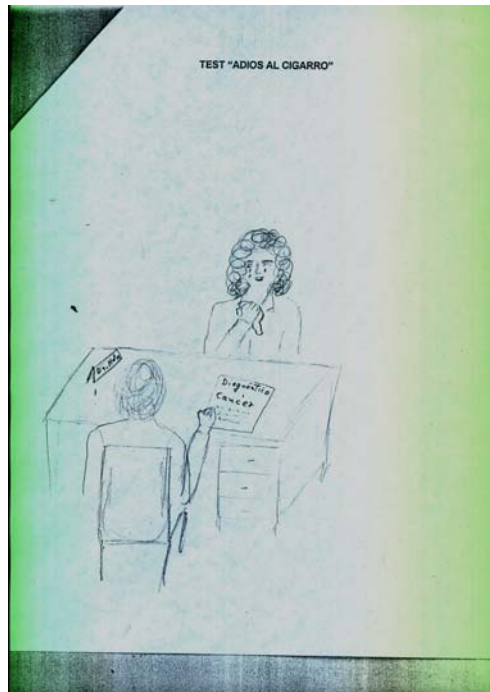
Sexo: FEMENINO **Edad:** 55



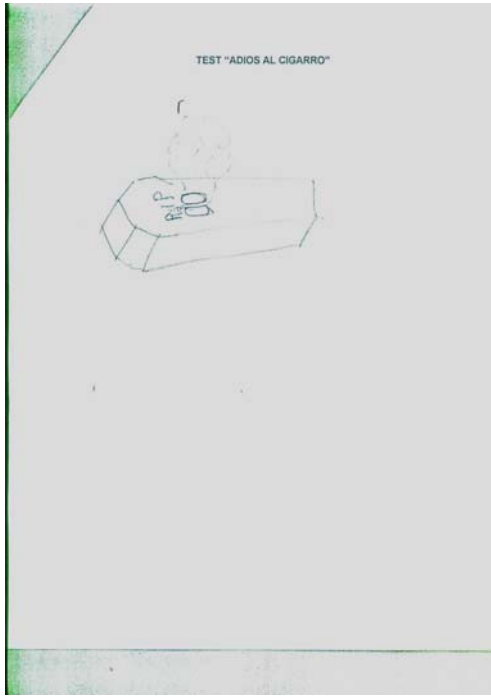
Sexo: FEMENINO **Edad:** 37



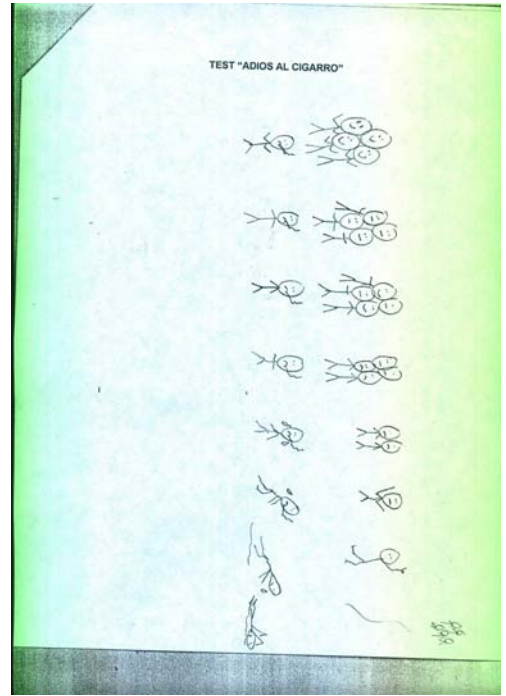
Sexo: FEMENINO **Edad:** 49



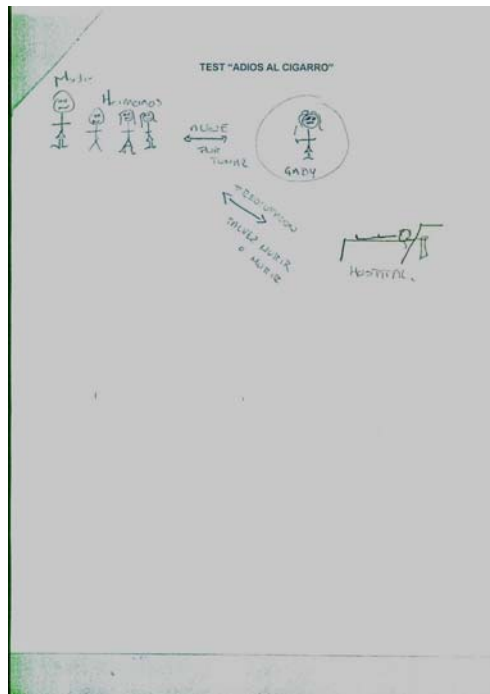
Sexo: FEMENINO **Edad:** 59



Sexo: MASCULINO Edad: 47



Sexo: FEMENINO Edad: 51



Sexo: FEMENINO Edad: 25

X I . R E F E R E N C I A S B I B L I O G R A F I C A S

1. Adame-Moreno, R. et. Al. (1999). Illegal Sales of cigarettes to Minors Ciudad Juárez, México; El Paso, Texas and Las Crices, México. Nuevo. | MMWR, 48:19. citado en Situación del Tabaquismo en México. (2000). Juntos por la Salud. Secretaria de Salud.
2. Aiken, Lewis R. (2003) Tests Psicológicos y Evaluación, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México.
3. Anastasi, Anne, Urbina Susana.(1998) Tests Psicológicos, Editorial Mc. Graw Hill. México.
4. Anderson y Anderson(1976) Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico, Ediciones Rialp, S.A. Madrid.
5. Aragonés, R. Tabaquismo. Tesina de Licenciatura. México UNAM. (1981).
6. Bell John E.(1980)Técnicas Proyectivas, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
7. Bellak, Leopold (1997) Tests de apercepción Temática, Editorial Manual Moderno. México.
8. Bellsola, D. Alcohol y Tabaco (un nuevo colera disfrazado). México Ed. Olimpo, (1975).
9. Casas, M.F., Carbelo B.B., y Romero, L. M. (1996). La Prevención del Tabaquismo. Recuperado de la Pagina web. www.tabaquismo.htm.
10. Casillas, del M. A. (1994). El cigarro: una muleta para paralíticos emocionales. Rev Liberaddictus No. 2. recuperada de la pagina web <http://www.adictus.com/casillas02.htm>.

11. Castelnuovo, A.P. Función respiratoria, angustia y desarrollo del yo Revista de Psicoanálisis. Abril- junio Tomo XXVIII No. 2 pp. 375-389 Buenos Aires. Asociación Psicoanalítica Argentina, 1971.
12. Celener, Febbraio, Rosenfeld, et al. (2003) Técnicas proyectivas. 1ª ed. Buenos Aires.
13. Cicero, S.R., Becerril, C.G., Ramírez, C.E., y Salinas, M. F (1991). Niveles de carboxihemoglobina en sujetos fumadores y no fumadores de dos ciudades del altiplano mexicano. Rev Invest Clin., 43, 40-44.
14. Cohen Ronald Jay (2000) Pruebas y Evaluación Psicológicas, Editorial Mc. Graw Hill. México.
15. Cohen Ronald Jay, Swerdlik Mark E.(2001)Pruebas y Evaluación Psicológicas, 4ª Edición Editorial Mc. Graw Hill. México.
16. Cortada de Kohan Nuria (2000)Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración, Editorial Trillas. México.
17. Cozby P.C. (2004) Métodos de investigación Del Comportamiento, Editorial Mc. Graw Hill. Boston.
18. Cronbach Lee J. (1998) Fundamentos de los Test Psicológicos, Biblioteca Nueva. Madrid.
19. Dirección General de Epidemiología e Informática/ SSA. DGEI/SSA. (1998). Encuesta Nacional sobre Mortalidad en México 1990-1998. En situación del Tabaquismo en México. (2000). Juntos por la Salud. Secretaria de Salud.
20. Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Estadística e Informática, SSA. DGE/DGEI. (1998). En Situación del tabaquismo en México. (2000). Juntos por la Salud. Secretaria de Salud.

21. Encuesta Nacional de las Adicciones, ENA (1998). En situación del Tabaquismo en México. (2000). Juntos por la Salud. Secretaria de Salud.
22. Fernández Ballesteros Rocío (2004) Evaluación Psicológica, Ediciones Pirámide. Madrid.
23. Foulds, J. (1999). La psicología de la adicción al tabaco: Porqué es difícil dejar de fumar. En juntos contra el tabaco. Actas "Encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG Internacionales en Ginebra".
24. Gómez, G.R., y Grimaldi, C. A. (1998). Tabaquismo en el personal de Salud: Estudio de una unidad hospitalaria. Salud Pública., 40, 53-57.
25. González C.; Guillermo A. Revista del Instituto Nacional de Perinatología, Vol.15 (año 2. Abril – Junio 2001): Imagen Corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido.
26. González, R.E., Ramírez, C.E., Cicero S.R., y Gutiérrez, H. (2001). Papel del Medico General en el Abandono del Hábito de Fumar: MANUAL OPERATIVO. UNAM: MEXICO.
27. Gregory Robert J.(2001)Evaluación Psicológica, Editorial Manual Moderno. México.
28. Grotstein James S.(1981) Identificación Proyectiva y Escisión, editorial Gedisa, S.A. México.
29. Guía Medica Familiar (1997-98). Recuperado de la página web. www.explored.com.cc. Servidatos S.A.
30. Gutiérrez, P.R.Ma., y Luna, R. (2000). PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO 1998-2000. Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud.

31. Gutiérrez, V.S., Y Soto, J.P. (1990) Efectos del tabaquismo en el sistema vascular Periférico. En Rico M.M y Ruiz, F.L. (1990) TABAQUISMO, Su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.
32. Hammer. E. F. (1997) Test Proyectivos Gráficos, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
33. Herrera, K.L. Klecan D., Coutlas D., y Sansores, M.R. (1998). Impacto y perceptivas de una modalidad diferente en el taller de tabaquismo. Rev Inst. Nac. Enf. Resp. Méx., 11:4, 292-294.
34. Herrera, K.L., Córdoba P. Ma. Del P., Ruiz B. R., y Sansores, R. H. (1998). Los medios de comunicación en la prevención del consumo de drogas. Rev Inst. Nac. Enf. Resp. Mex., 11:1, 36-42.
35. Hogan Thomas P.(2004)Pruebas Psicológica, Editorial Manual Moderno. México.
36. México desconocido (2005) Entorno médico. Recuperado en la página Web(2005) <http://inper.entornomedico.org/ensayos.html>
37. Sociedad Española de Psicología (2005) Recuperado en la página Web <http://inper.pruebas-psicologicas/html>
38. México desconocido (2005) Técnicas Psicológicas Recuperado en la página Web <http://www.geocities.com/centrotecnicas/proyeccion.html>
39. Juri Luis José (1979) Test de la Pareja en Interpretación, Técnicas Proyectivas Grupales, Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.
40. Kuri-Morales, P. et.al. (1997). Illegal Sales of Cigarettes to Minors-Mexico City. MMWR, 48:19. En Situación del Tabaquismo en México. (2000). Juntos por la Salud. Secretaria de Salud.
41. Laplanche, J., y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis, México, Editorial Labor, S.A., 1979.

42. Lawrence Edwin ABT/ Leopoldo Bellak (1994) Psicología Proyectiva, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
43. Maldonado, E, J. (1999) Recuperado de la pagina web. www.cunsa.com
44. Mansvelder, H. D., & McGehee, D.S. (2000). Long-term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. Neuron, 27 (2), 349-57.
45. Marin Hernández Genia (1995) Manual de aplicación Criminológica de las Pruebas. Facultad Psicología UNAM. México.
46. Martín del Campo, D. (1998). El Cigarro y los chamanes. Rev. Inst. Nac Enf. Resp. Mex. 11:2, 91-93.
47. Martínez Arias Rosario (1995) Psicometría. Proyecto Editorial Síntesis Psicológica S.A. Madrid.
48. Méndez, G. M. Cedillo A. P., Meneses F.M., y Pérez, N. J. (1995). Contaminación de interiores: memorias y tabaquismo. Rev. Inst. Nac. Enf. Resp. Méx. 8:2, 125-27.
49. México Desconocido. (1988). Tabaco. Recuperado de la pagina web www.mexicodesconocido.com.mx/hierbas/1988.htm.
50. Morales, O.H. (1998) El fumador urbano. RevLiberAddictus. No. 20, 3-4
51. Morris, Charles G.(1997) Introducción a la Psicología, Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México.
52. Navarro Susana (2004) Tests de Personalidad, Editorial Libsa. Madrid.
53. Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). TABACO O SALUD: Situación actual en las Américas. Publicación Científica No. 536.
54. Pappas (1999). Grupos De Expertos Del Papps, Tabaquismo Recuperado de la pagina web www.papps.org/prevención/estilodevida/p95-htm.

55. Pichot Pierre (1976) los Tests Mentales, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
56. Pomerleau, O.P. Pomerleau C.S. & Marks, J.L (2000). Abstinence effects and reactivity to nicotine during 11 days of smoking deprivation. Nicotine Top Rev, 2:2; 149-57.
57. Rabadán, F. Concepción, Análisis Psicodinámico en dibujos de un grupo de niños con asma. Tesis de maestría, México UNAM, 1985.
58. Ramírez, C. E. González, R. E., y Cicero, S. R. (1995). En Información Básica sobre el TABAQUISMO. México: Secretaria de Salud.
59. Rapaport David (1997) Tests de Diagnóstico Psicológico, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
60. Rico, M. M. y Ruiz, F. L (1990). TABAQUISMO, Su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.
61. Roales, N. J. (1994) Tratamiento Del Tabaquismo. México: Interamericana Mc Graw Hill.
62. Sansores, M. R. (2000) Tabaquismo. Penencia del 1er. Congreso Nacional Contra las Adicciones Junio 2000. México: OPS.
63. Sansores, R. h. y Espinosa, A. m. (2000) PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL de la clínica para Dejar de Fumar. México: INER.
64. Schilder, Paúl (2000) Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano, Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
65. SEPAR, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2000). Normativa sobre el tratamiento del Tabaquismo. Recuperado del sitio web www.separ.es/areas/pub23.htm.
66. Siquier de Ocampo María Luisa, García Arzeno María Esther, Grassano.

- (2001)Las técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico, Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.
67. Velasco, F.R. (1995). Día mundial sin tabaco, 31 de Mayo de 1995. Rev. Inst. Nac. Enf. Resp Mex., 8:2, 103.
68. Villalba, C. j.; Sansores H. R., Valdelamar V. F., y Giraldo, B. F. (1999). Compiladores. Lo mono del Fumador. México: INER.
69. Winnicott, D.W. Realidad y Juego. Buenos Aires, Garnica Editor Psicoteca Mayor, 1972l
70. www.encolombia.com/nicotrans-conosa.htm. Información de Tabaquismo.
71. Yoshimura, K. (2000). The psychological characteristics of tobacco dependence in rural area of Japan. J. Epidemiol. 10:4; 271-9.