

Aportes de la Psicología Positiva a los tratamientos de Cesación Tabáquica. Prevención de Recaídas

Julietta J. Cassone¹, Fernando W. Müller²

70

¹Médico. Especialista en Psiquiatría. Coordinadora del Programa de Cesación Tabáquica Fundación Foro. Proyecto MEDEF. ²Médico Especialista en Medicina Interna. Proyecto MEDEF: Docencia - Asistencia e Investigación en Tabaquismo, Argentina & Chile – Director

RESUMEN

Objetivos: 1. Explorar recursos de la Psicología Positiva para el tratamiento del tabaquismo; 2. Sentar las bases para iniciar una nueva línea de tratamiento psicoterapéutico del mismo; 3. Investigar el rol del Orgullo (Emoción Positiva Autoconsciente) en la cesación tabáquica.

Las emociones positivas son menos numerosas y más difusas que las negativas. Dentro de las primeras, el orgullo es la única emoción auto consciente positiva. Actualmente se reconoce su implicancia en la capacidad de motivar el desarrollo personal, potenciar el estatus de los individuos y generar lazos sociales. Ya hay autores que estudiaron aspectos neurobiológicos del orgullo. El orgullo fruto de la atribución personal de un logro favorece la tendencia a visualizar logros mayores a futuro y a priorizar metas.

Conociendo el valor de la motivación en el proceso de dejar de fumar el Auténtico Orgullo jugaría un rol crucial en la Cesación Tabáquica: aumentaría la perseverancia, contribuiría a elaborar el cambio de identidad y finalmente permitiría sostener con mayor facilidad la condición de no fumador a largo plazo.

La Psicología Positiva (PP) podría aportar nuevas herramientas para la asistencia del tabaquismo.

Palabras clave: Tabaquismo. Emociones autoconscientes. orgullo.

SUMMARY

Objectives: 1. Explore resources of Positive Psychology for Tobacco Dependence Treatment; 2. Set basis to initiate a new psychotherapeutic line for Tobacco dependence treatment; 3. Investigate Pride (Positive Self-Conscious emotion) role in tobacco cessation.

Positive emotions are fewer and less defined than negative ones. Among the first, pride is the only positive self-conscious emotion. Its role in the ability to motivate personal development, enhance personal status and generate social links is currently recognized. Some authors have already studied neurobiological aspects of pride. Pride arising from the personal assessment of an achievement enhances the tendency to visualize greater future achievements and prioritize goals.

Given the value of motivation in the smoking cessation process, authentic pride would play a critical role in smoking cessation: it would enhance perseverance, contribute to elaborate the identity change and would finally ease sustaining the non smoking condition in the long term.

The Positive Psychology (PP) could thus add new tools for tobacco assistance.

Key words: Tobacco dependence. Self-conscious emotions. Pride.

INTRODUCCIÓN

DEFINAMOS TABAQUISMO

El tabaquismo es una enfermedad crónica sostenida por una triple dependencia, química, psicológica y social. La padece la tercera parte de la población mundial y afecta a niños, jóvenes, adultos y ancianos de ambos sexos.

Correspondencia:

Julietta Cassone

E-mail: jcassone@fmed.uba.ar

Recibido: 14 Abril 2011. Aceptado: 22 Junio 2011

Prev Tab 2011;13(2):70-81

Es responsable de graves consecuencias para la salud de “fumadores” y de “no fumadores”, provocando daños con altos índices de morbi-mortalidad y gastos estimados en 200 billones de dólares al año¹.

CIFRAS DEL TABAQUISMO

La conducta de fumar se instaló en el mundo como una actitud natural lo-grando que, en determinados sectores de la población y en diferentes cultu-ras, más del 80% de sus individuos hayan probado alguna vez fumar²⁻⁵.

El tabaquismo es la mayor pandemia de todos los tiempos, afecta a 1.300.000.000 habitantes del mundo sin restricciones de sexo o edad. Es actualmente responsable de 5.000.000 de muertes anuales y se perfila como una catástrofe capaz de tomar la vida de 1.000.000 de seres humanos en próximo siglo⁶.

Estas cifras no serán iguales para todo el mundo; mientras que los países más desarrollados aumentarán sus muertes por enfermedades tabaco de-pendientes en un 50%, los no desarrollados lo harán un 700%^{6,7}.

Para el año 2030, el consumo de tabaco matará a 10 millones de personas cada año, 70% de las defunciones causadas por el tabaco ocurrirán en paí-ses en desarrollo⁶⁻⁸. (Mackay J, *et al* 2006; Organización Mundial de la Sa-lud).

En América Latina residen el 8 al 10% de los fuma-dores del mundo (más de 120 millones). La mitad de ellos (60.000.000) morirá por una enfermedad tabaco dependiente y lo hará prematuramente⁹.

Estas cifras suponen que actualmente 500.000-600.000 fumadores mueren por año en la región y que de no mediar profundos cambios políticos, econó-micos y culturales el tabaquismo amenaza con tomar la vida de 100 millones de fumadores latinoamericanos en el próximo siglo⁹.

En Argentina el tabaquismo es responsable de 40.000 muertes al año por consumo directo, más 6000 por tabaquismo pasivo¹⁰.

La pobreza, la falta de educación, la mujer y la niñez son sus principales refugios y generan las condiciones más favorables para su crecimiento exponencial.

La educación, la puesta en marcha de políticas de salud pública para el con-trol del tabaquismo, el compromi-so de los profesionales de la salud en general y de los médicos en particular y la participación del conjunto de la sociedad serán indispensables para cambiar el pronóstico en los próximos años.

Este es un compromiso pendiente e ineludible para América Latina. En su territorio se reúnen las condi-ciones más favorables para recibir el impacto de las consecuencias de la epidemia de tabaquismo:

- Subdesarrollo.
- Políticas de control postergadas.
- Países productores de tabaco.
- Educación e información insuficientes.
- Falta de profesionales de la salud capacitados en la materia.
- Falta de acceso a tratamientos de Cesación Tabá-quica (CT).

DEJAR DE FUMAR

La CT en adultos es la estrategia de mayor efectividad para salvar vidas. Los estudios del Banco Mundial sugieren que si la mitad de los fumadores adultos dejara de fumar para el año 2050 se evitarían 180.000.000 de muertes por enfermedades tabaco dependientes⁶.

Para la Organización Mundial de la Salud este desa-ño implica el desarrollo de tratamientos efectivos y de aplicación masiva para la CT.

Los últimos 15 años evidencian importantes logros en el tratamiento para dejar de fumar: la incorporación de nuevos recursos farmacológicos, estrategias no farma-cológicas y la experiencia clínica de un creciente grupo de profesionales interesados en asistir la cesación, me-joraron sensiblemente las expectativas de éxito.

Los mejores resultados con el tratamiento actual del tabaquismo se logran con la asociación de tratamiento farmacológico de primera línea con intervenciones in-tensivas cognitivo conductuales. Sin embargo, la efec-tividad de estos formatos terapéuticos sigue siendo escasa si las evaluamos al año¹¹.

En este contexto y conociendo la evolución natural del tabaquismo como enfermedad crónica y recidivante, urge la necesidad de hallar alternativas que mejoren los % de cesación prolongada. Por ejemplo: nuevos de-sarrollos farmacológicos, mejor aprovechamiento de recursos ya existentes y el aporte de disciplinas con intervenciones no farmacológicas superadoras de los actuales resultados¹².

Las siguientes acciones representan algunas propues-tas para investigar:

- Llegar con mensajes a la población general.
- Brindar cesación asistida a más fumadores.
- Elaborar políticas de salud que aseguren asistencia al alcance de todos.

- Ofrecer tratamientos gratuitos.
- Premiar a los cesadores.
- Prolongar los tiempos terapéuticos.
- Sumar efectos farmacológicos.
- Desarrollar estrategias para la prevención de recaídas.

Tanto en intentos espontáneos por abandonar el consumo como en los fumadores que reciben tratamiento integral, la recaída es la evolución más frecuente en el proceso de cesación. Lo inquietante es que hasta la fecha no hay evidencia de intervención alguna que modifique el riesgo de recaída.

Mientras que hay estudios que evalúan el efecto de prolongar los tratamientos farmacológicos, asociar fármacos nicotínicos y no nicotínicos, aumentar dosis^{13,14} o incrementar el número de visitas, no hay suficiente evidencia para avalar técnicas NO farmacológicas que apoyen la CT a largo plazo^{15,16}.

DESARROLLO

PSICOLOGIA POSITIVA

La Psicología Positiva (PP) surge en 1998 con la asunción de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA). Esta disciplina propone potenciar las fortalezas humanas para que funcionen como recursos ante la adversidad, mejoren la calidad de vida y logren la felicidad. La sola disminución del sufrimiento no es suficiente para “vivir bien”.

Tres tipos de Felicidad

La PP propone tres tipos principales de felicidad: vida agradable, buena vida y vida con sentido y aunque no se consideran exhaustivas ni definitivas pueden ser tomadas como una aproximación o punto de partida para el abordaje científico.

La “vida agradable” o placentera (*pleasant life*) se refiere al bienestar que se origina al disfrutar de la comida, el sexo, la bebida o incluso de una buena película. Este tipo de felicidad es de corta duración y está muy relacionada con la experimentación de emociones positivas en el pasado, presente y futuro.

La “vida agradable” se logra maximizando las emociones positivas y minimizando las negativas.

La “buena vida” (*good life*) nace en cada individuo cuando disfruta haciendo algo en lo que es bueno o ta-

lento. Está relacionada con los rasgos y fortalezas individuales. La PP propone identificar esos dones y usarlos para incrementar la “buena vida”.

El tercer tipo de felicidad es denominada “vida con sentido”, o con significancia (*meaningful life*), consiste en encontrar aquello en lo que se cree y desarrollar. Es la más duradera de las tres (obras de caridad, militancia política, etc). Este tipo de felicidad supone sentirse parte de las llamadas instituciones positivas – democracia, familia, educación, etc. - .

La PP no trata de pasar el foco de lo negativo a lo positivo, sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora. Toma al individuo como un agente activo que construye su propia realidad.

Así como para las enfermedades mentales existen reconocidos sistemas de clasificación y diagnóstico de las patologías (DSM & CIE), desde la Psicología Positiva, Peterson y Seligman proponen clasificar las *Fortalezas y Virtudes Humanas*¹⁷.

Virtudes y Fortalezas Humanas

Esta clasificación se propone como eje central para alcanzar la “buena vida”. Describe veinticuatro fortalezas que se encuentran dentro de seis virtudes consideradas universales (Tabla 1). Los tres criterios tenidos en cuenta para la clasificación de las virtudes y fortalezas son:

- Ser valorados en todas las culturas.
- Ser valorados por derecho propio (no como medio para alcanzar otros fines).
- Ser maleables.

Las virtudes estudiadas y propuestas son: sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia (Tabla 1).

Una fortaleza es tomada como un rasgo siempre que tenga cierto grado de generalidad en las situaciones y estabilidad a través del tiempo¹⁸.

Emociones Básicas

Uno de los mayores descubrimientos de las ciencias sociales y conductuales ha sido el de un pequeño grupo de emociones denominadas “básicas”: miedo, enojo, alegría, asco, tristeza y sorpresa. Las emociones básicas se caracterizan por ser reconocidas en forma universal, identificadas por separado y presentar expresiones no verbales. Estos hallazgos surgen de estudios realizados en culturas aisladas y en pueblos pre-alfabetizados y sugieren que son innatas. Estas emociones innatas o básicas evolucionaron, debido a su valor adaptativo,

Tabla 1. Virtudes y Fortalezas Humanas¹⁸ (Castro Solano A.)

Fortalezas de la Sabiduría:	
Curiosidad	Deseo vivo por experimentar y conocer.
Amor por el sa-ber	Busco más y mejores conocimientos.
Apertura mental	Busco visiones alternativas a las mías.
Creatividad	Tengo ideas originales y útiles.
Perspectiva	Juicio elevado y profundo sobre la vida.
Fortalezas del Coraje:	
Valentía	Hago lo correcto corriendo riesgos.
Perseverancia	Concluyo mi tarea pese a los obstáculos.
Integridad	Practico lo que le predico a los demás.
Vitalidad	Me siento vivo y efectivo.
Fortalezas de Humanidad:	
Amor	Busco estar cerca de mis afectos.
Bondad	Ayudo a todos sin fines utilitarios.
Inteligencia social	Se lo que los demás desean y buscan.
Fortalezas de la Justicia:	
Civismo	Me comprometo con mi grupo social.
Imparcialidad	Hago juicios sociales equitativos y “fríos”.
Liderazgo	Guío a mi grupo en armonía hacia el éxito.
Fortalezas de la Templanza:	
Clemencia	Me torno benévolo hacia un transgresor.
Humildad	Dejo que mis logros hablen por sí mismos.
Prudencia	Veo los pro y los contra de mis decisiones.
Auto-regulación	Gobierno mis respuestas a los estímulos.
Fortalezas de la Trascendencia:	
Apreciación	Me emociono con lo excelso.
Gratitud	Siento y expreso las gracias.
Esperanza	Sé que todo saldrá bien.
Sentido del humor	Mi visión de la vida es alegre y serena.
Espiritualidad	Mi vida tiene un sentido más allá de mí.

para enfrentar tareas vitales, es decir ayudaron a la especie a sobrevivir^{19,20}.

Emociones Positivas

Las emociones positivas son menos numerosas y más difusas que las emociones negativas. Se especula que el origen de esta asimetría tiene que ver con que la selección natural, forma emociones sólo para situaciones que contienen amenazas. El costo de fracasar en una respuesta apropiada ante una amenaza puede ser la muerte, en cambio el fracaso en una emoción positiva no es tan grave.

A lo largo de la historia el estudio de las emociones ha tendido a ignorar a las emociones positivas incluyéndolas en modelos generales o a confundirlas con otros estados afectivos.

Modelo de Ampliación y Construcción de Emociones Positivas

Fredrickson propone que las emociones positivas y los estados afectivos se vinculan con una ampliación de las posibilidades de la atención, cognición y acción, y mejoran recursos físicos, intelectuales y sociales.

Las emociones se asocian a *tendencias de acción específicas*. El hecho de que las emociones positivas no conduzcan a acciones urgentes o prescriptivas como las negativas, no significa que no den lugar a ningún tipo de acción, sino que sus repertorios son más variados.

Las emociones negativas provocan tendencias de acción física. Las emociones positivas suscitan cambios en la actividad cognitiva, los cuales pueden conducir a cambios en la actividad física.

La misma Fredrickson señala tres efectos secuenciales de las emociones positivas: *ampliación, construcción y transformación*. Las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción, o sea que provocan el efecto contrario a las emociones negativas. Debido a esa ampliación de las tendencias de pensamiento y acción se favorece la *construcción* de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas. Esto da lugar a un tercer efecto que consiste en la transformación de la persona, que se torna más creativa, desarrolla un conocimiento más profundo de las situaciones, aumenta la resistencia a las dificultades y se integra socialmente mejor. Esta secuencia produce un “*espiral ascendente*” que conduce a experimentar nuevas emociones positivas^{21,22}.

Emociones Autoconscientes

Las emociones autoconscientes son tres: culpa, vergüenza y orgullo²³. Comienzan a desarrollarse alrededor de los 18 meses de vida y requieren una “*metarrepresentación*” del yo. Esto implica el desarrollo previo de cierta noción del yo (separado de los demás) y del sentido de la autoconciencia.

La evocación de estas emociones se desarrolla en dos etapas, la primera consiste en la evaluación como éxito o como fracaso de las propias acciones, pensamientos y emociones, en relación a una serie de estándares, reglas y metas. La reflexión resultante de esta primera etapa da lugar a un segundo proceso donde las acciones, pensamientos y emociones dependen de uno mismo, es decir se les otorga una atribución interna. A su vez la atribución interna puede ser global o específica. De la evaluación de ambas etapas resultarán las emociones autoconscientes.

Takahashi examinó la activación del cerebro asociada con emociones negativas autoconscientes como culpa y vergüenza. Estas emociones se originan en las relaciones sociales y surgen de las preocupaciones por la evaluación que otros hacen de uno mismo.

Se necesita la capacidad de representar los estados mentales de los demás para reconocer las emociones autoconscientes negativas²⁴⁻²⁷.

Mientras que la evaluación negativa de sí mismo y del propio comportamiento es fundamental para la percepción de culpa y/o vergüenza, la evaluación positiva conduce a la emoción de orgullo.

Las emociones negativas de autoconsciencia promueven el comportamiento moral e interpersonal^{24,26}.

El deterioro del valor y procesamiento de estas emociones podría conducir a la amoralidad, comportamiento socialmente inadecuado observado en trastornos neuropsiquiátricos²⁸⁻³⁰.

ORGULLO

CONSIDERACIONES GENERALES DEL ORGULLO

Darwin (1872) había sugerido:

“Of all the ...complex emotions, pride, perhaps, is the most plainly expressed...A proud man exhibits his superiority over others by holding his head and body erect. He...makes himself appear as large as possible; so that metaphorically he said to be swollen or puffed up with pride”(pp.262-263)³¹

“(De todas las emociones complejas, el orgullo, es quizás, la más claramente expresada... un hombre orgulloso exhibe su superioridad sosteniendo su cabeza y su cuerpo erguidos. El orgulloso se hace aparecer a sí mismo tan grande como sea posible; por lo que metafóricamente se dice “hinchado o inflado de orgullo”).”

Dentro de las emociones autoconscientes el orgullo es la única emoción positiva capaz de motivar el desarrollo personal además de potenciar el estatus de los individuos y generar lazos sociales.

La emoción de orgullo requiere, como emoción autoconsciente, algún tipo de evaluación relativa al yo. Mientras ésta no exista, ante un resultado positivo, puede darse alegría pero no orgullo²³.

Los niños comienzan a experimentar orgullo en respuesta a las alabanzas por sus logros valorados socialmente, primero por sus padres y luego por sus maestros y pares.

Las propiedades de refuerzo positivo del orgullo motivan a los individuos a buscar logros futuros, a desarrollar una identidad coherente con las normas sociales y a incrementar su estatus social.

El sentimiento de orgullo es placentero y por lo tanto genera un feedback positivo haciendo sentir a los individuos bien con ellos mismos.

Riskind & Gotay³² observaron el rol de la postura para persistir en una tarea de esfuerzo. Mientras recibían un feedback positivo -evento generador de orgullo, los individuos que adoptaban una postura erecta comparados con los que adoptaban una postura relajada, podían persistir más tiempo, desarrollando mayor motivación hasta completar la tarea de esfuerzo. Los autores concluyen que la postura “actitud” es suficiente para activar orgullo asociado al logro.

Así las personas pueden superar las situaciones de estrés del momento con más facilidad y hacerse más resistentes a las adversidades futuras. La perseverancia en los objetivos a pesar de cierto sacrificio cumple una importante función adaptativa.

Está demostrado que cuando una persona siente orgullo tiene más probabilidades de perseverar en tareas difíciles³³. Williams & De Steno, estudiaron el rol motivacional que juega el auténtico orgullo en los inicios de un nuevo aprendizaje o cambio, denominándolo “hipótesis motivacional del orgullo”.

Los autores pudieron diferenciar los efectos del orgullo, la auto eficacia personal y los estado afectivos. Observando que el orgullo es el que incrementa la perseverancia hasta alcanzar el logro.

El orgullo tiene así, un importante rol adaptativo.

El sentimiento de orgullo refuerza conductas pro-sociales como logros y cuidados, puede alentar a los individuos a soñar con otros logros (fenómeno de ensanchamiento) y promover la motivación necesaria para éxitos futuros (fenómeno de ampliación).

La experiencia de sentir orgullo motiva a los individuos para luchar por logros socialmente valorados.

A su vez el orgullo promueve el impulso de comunicarse, con expresiones verbales y corporales, gene-

rando importantes aspectos en las relaciones interpersonales.

Por lo tanto el orgullo es una emoción capaz de motivar el desarrollo personal además de potenciar el estatus de los individuos y generar lazos sociales³⁴.

Expresiones del Orgullo

Tradicionalmente se consideró que todas las emociones positivas (inclusive el orgullo), compartían la misma expresión³⁵. Los estudios de Jessica Tracy y Rick Robins (2003) han encontrado evidencia de que existe una expresión universal de orgullo, distinguible de otras emociones positivas como la felicidad y la sorpresa.

La expresión no verbal de orgullo reconocida universalmente tiene componentes faciales, como las emociones básicas, y componentes corporales³⁶.

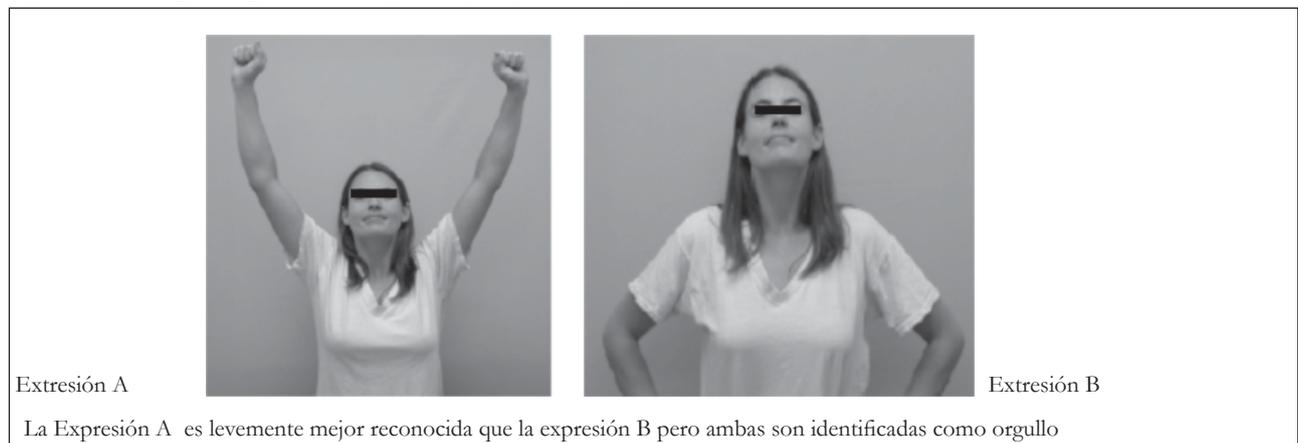
Los componentes faciales de la expresión de orgullo se manifiestan por una pequeña sonrisa y los componentes corporales se caracterizan por: cabeza suavemente inclinada hacia atrás (10 grados), el pecho erguido y las manos descansando en las caderas o elevadas en el aire con el puño cerrado y la postura expandida (Figura 1).

Tracy & Robins³⁷ (2004) observaron que niños de cuatro años y personas de lugares y culturas aisladas (tribu de Burkina Faso, en África) identificaban correctamente la expresión de orgullo con la misma frecuencia que emociones primarias como la sorpresa o la tristeza.

Los niños presentan sus primeras experiencias de orgullo a los dos años y medio de vida, pueden reconocer la expresión de orgullo a los 4 años y llegan a entender el orgullo entre los 7 y los 9 años^{38,39}.

Tracy & Robins concluyen que el orgullo es una emoción universal y básica⁴⁰.

Figura 1. Prototípica expresión de orgullo³⁷ (Tracy & Robins)



Concepto de Orgullo

La mayoría de los autores que estudian emociones⁴¹⁻⁴³ concuerdan que el orgullo resulta cuando los individuos:

- Focalizan la atención en forma directa hacia el Yo.
- Estiman un evento como relevante y congruente con sus objetivos.
- Atribuyen las causas del evento a factores internos.

76

Si los factores internos son específicos y maleables: “Estoy Orgulloso de lo que hice”; “Gané porque practiqué antes del juego” la consecuencia es orgullo orientado al logro.

Si los factores internos sobre el yo son globales y estables: “Estoy orgulloso de quién soy”; “Gané porque siempre gano todo” la consecuencia es Hubris.

Hubris, otra cara del Orgullo

El orgullo se encuentra entre los siete pecados capitales como soberbia. La soberbia representa otra cara del orgullo.

Lewis⁴³ (2000) distingue cuatro emociones autoconscientes: las tres ya descriptas, vergüenza, culpa y orgullo y una cuarta que propone denominarla hubris.

Hubris es una palabra de origen griego, que representa el resultado de una evaluación positiva del “yo” pero de carácter global. Tanto al experimentar orgullo como hubris (en términos de soberbia o vanidad) aparece satisfacción, que es un estado positivo que la persona va a tratar de reproducir, por lo tanto se tenderá a continuar en la misma línea de acción.

Frente a estas dos emociones (Orgullo y Hubris) la opinión de los otros es de suma importancia. Las personas con hubris provocan rechazo en los demás, interfieren en los deseos y necesidades y es fácil que den lugar a conflictos interpersonales.

Para algunos autores sentir hubris, es una forma de orgullo mal adaptativo y deteriorante que puede asociarse con algunos trastornos psiquiátricos. El trastorno de personalidad narcisista se caracteriza por un sentido grandioso de la prepotencia y falta de empatía⁴⁴ (American Psychiatric Association 1994).

Para otros el orgullo hubrístico surge en respuesta a las jerarquías basadas en el dominio mientras que el orgullo auténtico surge en respuestas a jerarquías basadas en prestigio.

El orgullo a diferencia de la felicidad, se encuentra relacionado con la autoestima, incrementándola en el

punto en que es responsable del resultado positivo de su acto. De esta manera el orgullo implica felicidad y no necesariamente al revés⁴⁵.

Así el orgullo auténtico está más relacionado con atribuciones de esfuerzo, trabajo duro y tareas específicas mientras que el orgullo hubrístico se asocia con atribuciones de talento, capacidad y características positivas globales.

Rasgo y Estado de Orgullo

Dentro de la emoción de orgullo se distinguen dos variantes: rasgo y estado.

El orgullo como estado es un orgullo positivo, orientado al logro, pero el orgullo como rasgo de personalidad se asocia con arrogancia y vanidad.

J.Tracy pudo realizar un análisis semántico de palabras que separó en dos grupos, las orientadas al orgullo auténtico como triunfo y logro, que estarían asociadas a orgullo estado y un segundo grupo como arrogancia y vanidad que se relacionan con el orgullo hubrístico y representan rasgos de la persona.

Según Jessica Tracy el auténtico orgullo ha evolucionado para obtener prestigio, un mayor estatus basado en la demostración del conocimiento, el respeto, el altruismo y la experiencia. Mientras que el orgullo hubrístico ha evolucionado para obtener dominancia, también mayor estatus social pero basado en la fuerza, las amenazas y la intimidación.

Cuando los individuos experimentan orgullo hubrístico se evalúan así mismos como mejores a otros, se sienten superiores, dominantes y con poder.

En la sociedad contemporánea los individuos dominantes eligen demostrar su poder a través de conductas de poco compromiso, aburrimiento y mala educación⁴⁶.

El mayor estatus social, ya sea desde el prestigio o la dominancia, ha sido asociado con una mayor salud física y mental, acceso a mejor calidad en recursos y en la elección de pareja.

Tracy & Robins (2007) plasmaron estos conceptos con la creación de dos escalas destinadas a medir orgullo auténtico y hubrístico⁴⁷.

Según sus autores estas escalas pueden ser usadas para medir auténtico orgullo y orgullo hubrístico, ambos como experiencias momentáneas o como tendencias disposicionales crónicas.

Las mismas ha sido traducida al español (J.Cassone y P. Regalado) y está en proceso de validación. (Ver anexo).

Es nuestro interés poder demostrar en un futuro próximo la validez de estas escalas en la población de habla hispana.

Neurobiología de Orgullo

Aunque ha habido numerosos estudios de neuroimagen para emociones básicas como temor, disgusto, felicidad y tristeza que han conducido a una mejor comprensión de la correlación neuroanatómica de las emociones^{48,49}, hay reportados sólo unos pocos estudios sobre emociones sociales complejas, como la culpa, vergüenza y celos⁵⁰⁻⁵³.

Hasta la fecha hay un solo estudio con resonancia nuclear magnética funcional (RMNf) sobre el orgullo⁵⁴.

El objetivo de este estudio fue investigar los correlatos neuronales asociados con la percepción de orgullo como emoción positiva auto-consciente y establecer la diferencia entre el orgullo y la alegría como emoción positiva básica mediante imágenes de RMNf.

Adicionalmente, estudiar la base neural asociada con el orgullo podría contribuir a una mejor comprensión de los comportamientos relacionados con él.

Las condiciones de orgullo activan el surco temporal superior derecho posterior y el polo temporal izquierdo, las regiones implicadas en el sustrato neuronal de la cognición social o teoría de la mente. El neurotransmisor implicado en esta emoción es la serotonina. Tanto en humanos como en primates se observó que quienes ocupan posiciones de liderazgo tienden a presentar niveles de serotonina crónicamente elevados⁵⁵.

La condición de alegría produce las activaciones en el estriado ventral y la ínsula/opérculo, los nodos claves del procesamiento hedónico y estímulos del apetito. Es decir la vía dopaminérgica mesolímbica o circuito de las recompensas.

Estos resultados apoyan la idea de que orgullo es una emoción auto-consciente, que requiere la capacidad para detectar la intención de los demás. Al mismo tiempo, la sensación de orgullo podría requerir menos auto reflexión comparado con los de las emociones negativas de autoconsciencia como culpa o vergüenza.

Orgullo y Cesación Tabáquica

Como consecuencia de las políticas de control del tabaquismo los fumadores sienten más limitada su posibilidad de fumar. Por lo tanto la imagen social del fumador se aleja del sentimiento de orgullo.

Tanto en el proceso de iniciarse en el tabaquismo como en el de la cesación tabáquica, es fundamental la

opinión del medio. Cuando la figura social de fumador aparece como aceptable o deseable resulta fácil fumar y difícil dejar, la disminución del estatus que van adquiriendo los fumadores facilita el proceso inverso.

Ross, Heine, Wilson, and Sugimori (2005) han demostrado que los eventos generadores de orgullo juegan un rol facilitador de la memoria, haciendo que éstos eventos parezcan temporalmente más recientes. Estos cambios cognitivos ayudan a desarrollar conductas motivadoras y asegurarse que eventos similares ocurran en el futuro⁵⁶.

Como ya lo manifestamos hay evidencia de que el sentido de responsabilidad incrementa el orgullo. A partir de estos conceptos y hallazgos de la PP los fumadores que fueron conscientes de la trampa en la cual estaban inmersos y que con esfuerzo logran salir de la misma podrían desarrollar orgullo por su logro y perseverar en el mismo.

Uno de nuestros objetivos es investigar cuánto y cómo incide el Auténtico Orgullo en la Cesación Tabáquica. A conocer si las personas que decidieron y lograron dejar de fumar presentan Orgullo Auténtico respecto a esta conducta. Medirlo, evaluar su valor predictivo y estimar el % de fumadores y ex fumadores que desarrollaron esta emoción auto consciente son algunas de nuestras inquietudes.

Nos proponemos así mismo investigar al Orgullo Hubristico como posible causa de fracaso terapéutico y de recaída.

Dejar de fumar genera sensaciones contrapuestas. Para lograr el objetivo el proceso requiere generalmente, esfuerzo y sacrificio lo que implica la necesidad de sostener la actitud. Para hacerlo debe necesariamente percibirse al logro como triunfo, sentir alegría por alcanzar lo propuesto es sentir placer en términos de autoestima. Para que este proceso tenga continuidad el orgullo auténtico jugaría un papel fundamental en el inicio, desarrollo y sostén de la cesación tabáquica.

El trabajo del Orgullo Auténtico como parte del tratamiento de Cesación Tabáquica aportaría recursos para todas las etapas del proceso. Este orgullo debe surgir de: la valoración social de la figura del No fumador, de terminar con la disonancia cognitiva implicada en querer dejar y no hacerlo y de los propios esfuerzos desarrollados por el fumador.

El Orgullo surgido por dejar de fumar debe ser valorado por el fumador en términos de reflexión introspectiva para aprovechar al máximo los fenómenos de perseverancia y ampliación vinculados a este sentimiento autoconsciente. El Orgullo de haber dejado de

fumar expresado al entorno, podría cumplir con el rol de reforzador social de la actitud.

DISCUSION GENERAL

El siguiente artículo propone a través de herramientas de la Psicología Positiva incorporar técnicas que logren disminuir el alto número de recaídas de los pacientes tabaquistas.

78 Consideramos que la Psicología Positiva a través de su mirada preventiva permitiría el desarrollo de esta tarea.

No obstante la Psicología Positiva presenta varias críticas, entre las más frecuentes que se le hacen figuran las que cuestionan su “novedad teórica”, las que la asocian a “un tipo de religión o movimiento espiritual” o que cuestionan el método científico a través de críticas epistemológicas⁵⁷.

Con respecto a las emociones autoconscientes y aún partiendo de la base que las emociones sean innatas y las expresiones de éstas sean reconocidas universalmente, es interesante señalar que la vivencia de las emociones es diferente para cada individuo y que por supuesto puede tener diferente peso en una cultura o en otra.

Por ejemplo, en culturas asiáticas como la japonesa que se caracteriza por insistir en la interconexión entre los individuos, favoreciendo entre sus miembros un yo interdependiente, el orgullo no es una emoción del todo placentera; mientras que en culturas occidentales como la americana, que favorecen entre sus miembros un sentido del yo independiente, el orgullo, al poner en relieve los logros del individuo y elevar el estatus de éste, no presenta ningún problema²³.

Se necesitan estudios para probar nuestra hipótesis sobre el rol crucial que presenta el Orgullo en la prevención de recaídas en el tabaquismo.

Nuestros próximos trabajos sobre población general (fumadora y no fumadora) evaluarán el peso del Orgullo en el tabaquismo y serán guías claves para el desarrollo de nuevas herramientas.

A su vez esperamos que este trabajo sea motivador para más investigaciones en prevención de recaídas en tabaquismo.

CONCLUSIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica y recurrente con características epidemiológicas de pandemia.

Los mejores resultados obtenidos con los tratamientos actuales combinan intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas logrando 30% a 50% de cesación al año.

Hoy contamos con una variedad de opciones farmacológicas para ofrecerles a nuestros pacientes; hay evidencia de que el tratamiento no farmacológico más efectivo es el representado por la terapia cognitivo conductual.

La Psicología Positiva podría resultar un aporte importante a la problemática del proceso de cesación y a la recaída, en particular, promoviendo emociones positivas autoconscientes.

En nuestra experiencia el Auténtico Orgullo jugaría un rol crucial en proveer motivación para la Cesación Tabáquica: aumentaría la perseverancia frente a las dificultades iniciales del proceso, contribuiría a elaborar el cambio de identidad y finalmente permitiría sostener con mayor facilidad la condición de no fumador a largo plazo, proporcionando cierta “inmunidad” a las recaídas.

ANEXO: Escala de Orgullo

Medición de las dos facetas del Orgullo

(Back-translation de la escala original de Tracy & Robins, *JPSP*, 2007)

Autores: Cassone, J; Regalado, P. Fundación Foro.

Versión para Estado Actual

Las palabras y frases a continuación describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas, y luego indique la intensidad con que utilizaría dicha palabra para describirse a usted mismo y a lo **que usted siente en este momento**. Utilice la siguiente escala:

1-----	2-----	3-----	4-----	5
Para nada	Levemente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente

Escala de orgullo - estado actual

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arrogante | <input type="checkbox"/> Bien encaminado |
| <input type="checkbox"/> Confiado / Seguro de si mismo | <input type="checkbox"/> Ególatra |
| <input type="checkbox"/> Engreido | <input type="checkbox"/> Exitoso |
| <input type="checkbox"/> Pleno | <input type="checkbox"/> Presumido |
| <input type="checkbox"/> Presuntuoso | <input type="checkbox"/> Productivo |
| <input type="checkbox"/> Realizado | <input type="checkbox"/> Snob |
| <input type="checkbox"/> Valioso | <input type="checkbox"/> Vanidoso |

Versión para Rasgos

Utilizar exactamente la misma lista de palabras, cambiando el encabezado a:

“Las palabras y frases a continuación describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas, y luego indique hasta que punto usted suele sentirse así (en otras palabras, como se siente usted habitualmente), utilizando la siguiente escala”:

Clasificación de los ítems

Ítems de orgullo auténtico:

- Bien encaminado
- Confiado / Seguro de si mismo
- Exitoso
- Pleno
- Productivo
- Realizado
- Valioso

Ítems de Orgullo hubrístico

- Arrogante
- Ególatra
- Engreido
- Presumido
- Presuntuoso
- Snob
- Vanidoso

BIBLIOGRAFÍA

80

1. Muller F. *et al.* "Cesación tabáquica: Tiempo de intervenir" Editorial Polemos, Buenos Aires, 2006.
2. Zabert G. *et al.* Estudio FUMAr. (Fumar en universitarios de medicina de Argentina): Informe final. 32 Congreso Asociación Argentina de Medicina Respiratoria IV Congreso Asociación Latino-Americana del Tórax, Buenos Aires, Octubre de 2004.
3. Müller, F. *et al.* "Prevalencia de Tabaquismo en profesionales de la salud mental" 33º Congreso Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Mendoza, Octubre del 2005.
4. Minervini, M.C. *et al.* "Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes." Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2006;3.
5. Zabert G. *et al.* "Prevalencia de fumar en estudiantes de medicina de la UNCo-mahue" AAMR 2002
6. Mackay J. *et al.* "The tobacco atlas", American Cancer Society, 2ª edición, 2006
7. Crofton J, Tobacco and the Third World. Thorax. 1990;45(3):164-9.
8. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. World Bank Publications, 1999;80.
9. Müller F. & Wehbe L. Smoking and smoking cessation in Latin America: a review of the current situation and available. International Journal of COPD 2008;3(2):1-9. © 2008 Dove Medical
10. Pitarque R. *et al.* "Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina- Año 2000", Ministerio de Salud de la Nación. Programa Vig+A
11. Natalie Herd & Ron Borland. The natural history of quitting smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *add_2731*. *Ad-diction*. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02731.
12. Rigotti N. The Future of Tobacco Treatment in the Health Care System Editorial www.annals.org 7 April 2009 *Annals of Internal Medicine* Volume 150 • Number 7 49
13. Steinberg MB, *et al.* Triple-combination pharmacotherapy for medically ill smokers. A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150:447-54.
14. Ebbert JO, *et al.* Varenicline and bupropion sustained-release combination therapy for smoking cessation. *Nicotine Tob Res*. 2009. [PMID: 19246427]
15. Fiore M.C., *et al.* Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service; May 2008.
16. Hajek P, *et al.* Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review) 1 Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd
17. Peterson, C. & Seligman, M. E. P.(2004). Character strengths and virtues. A hand-book and classification. Washington, DC, American Psychological Association; Oxford University Press.
18. Castro Solano Alejandro (Compilador).2010.Fundamentos de Psicología Positiva. Ed.Paidos.
19. Ekman P. *et al.* Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 1969;164(3875):86-88.
20. Ekman, P. An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 1992;6:169-200.
21. Fredrickson B.L. Vida Positiva. Bogota. Grupo Editorial Norma, 2009.
22. Fredrickson, B. The role of Positive Psychology The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist* 2001;56:218-226.
23. Fernandez-Abascal E. Emociones Positivas. Madrid. Ediciones Pirámide, 2009.
24. Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol*. 2000;51:665-697.
25. Tangney JP, Dearing RL. 2002. Shame and guilt. New York: Guilford Press.
26. Hait J. 2003. The moral emotions. In: Davidson RJ, Sherrer KR, Goldsmith HH, editors. Handbook of affective sciences. New York: Oxford University Press.p.852-870-
27. Kalat WJ. Shiota NM. 2006. Emotion. Belmont (CA): Thomson Wadsworth.
28. Calarge C, *et al.* 2003. Visualizing how one brain understands another: a PET study of theory of mind. *Am J Psychiatry*. 160:1954-1964.
29. Miller BL, *et al.* 2003. International approaches to frontotemporal dementia diagnosis: from social cognition to neuropsychology. *Ann Neural*. 54(Suppl 5):87-91.
30. Sturm VE, *et al.* 2006. Self-conscious emotion deficits in fronto temporal lobar degeneration. *Brain*. 129:2508-2516.
31. Darwin, C. (1998). The expression of the emotions in man and animals (3ª ed.).New York. Oxford University Press. (Original work published 1872).
32. Riskind JH, Gotay CC. Physical posture: Could it have regulatory or feedback effects on motivation and emotion? *Motivation and Emotion*. 1982;6(3):273-298.

33. Williams LA, DeSteno D. "Pride and Perseverance: The Motivational Role of Pride". *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008;94 N°6:1007-1017.
34. Shariff AF, Tracy JL. Knowing who's boss: Implicit perceptions of status from the nonverbal expression of pride. *Emotion*, 2009;9:631-639.
35. Fredrickson, B.L. & Branigan. 2001. Positive emotion. In *Emotion: Current Issues and Future Directions*. T.J. Mayne & G.A. Bonanno, Eds.:123-151. Guilford Press. New York.
36. Tracy JL, Robins RW. Does Pride Have a Recognizable Expression? *Ann.N.Y.Acad.Sci.*2003.1000:1-3
37. Tracy JL, Robins RW. "Show your pride: Evidence for a discrete emotion expression". *Psychological Science*. 2004. Vol. 15, N°3:194-197
38. Tracy, J.L. et al. Can Children recognize the pride expression? *Emotion*. 2005. Vol. 5,251-257
39. Robins, R. W., Trzesniewski, K., Tracy, J. L. et al. (2002). Global self-esteem across the lifespan. *Psychology and Aging*, 17, 423-434.
40. Tracy, J. L., & Matsumoto, D. "The spontaneous expression of pride and shame: Evidence for biologically innate nonverbal displays. *Proceedings of the National Academy of Sciences*,2008, Vol. 105, 11655-11660.
41. Tracy JL, Robins RW. Does pride belong in the pantheon? *Emotion Researcher*. 2003;7-8.
42. Ekman, P. *Emotions revealed*. New York: Times Books. 2003.
43. Lewis, M. Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) New York: Guilford. 2000;623-636.
44. American Psychiatry Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th revised ed. Washington (DC): American Psychiatric Association
45. Brown, J.D, & Marshall, M.A. Self Esteem and emotion: Some thoughts about feeling. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2001;27:575-584.
46. Tracy, J. L. *et al.* (2010). A naturalist's view of pride. *Emotion Review*, 2, 163-177
47. Tracy JL, Robins RW. "The psychological structure of pride: A tale of two facets". *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007;92(3):506-525.
48. Lane RD. *et al.* Neuroanatomical correlates of happiness, sadness, and disgust. *Am J Psychiatry*. 1997;154:926-933.
49. Phan KL. *et al.* Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*. 2002;16:331-348.
50. Shin LM. *et al.* 2000. Activation of anterior paralimbic structures during guilt-related script-driven imagery. *Biol Psychiatry*,48:43-50
51. Berthoz S. *et al.* An fMRI study of intentional and unintentional (embar-rasing) violations of social norms. *Brain*. 2002;125:1696-1708.
52. Takahashi H. *et al.* Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study . *Neuroimage*. 2004;23:967-974.
53. Takahashi H. *et al.* 2006 Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity. *Neuroimage*.32:1299-1307.
54. Takahashi H. *et al.* "Brain Activations during Judgments of Positive Self –conscious Emotion and Positive Basic Emotion: Pride and Joy" *Cerebral Cortex* April 2008;18:898-903.
55. Ross, M. *et al.* (2005). Cross-Cultural Discrepancies in Self-Appraisals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(9), 1175-1188. Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2003).
56. Raleigh MJ, McGuire MT. (1994). Serotonin, aggression, and violence in vervet monkeys. In R. D. Masters, M.T. McGuire(Eds.), *The Neurotransmitter Revolution*. Southern Illinois University Press: Carbondale.
57. Prieto-Ursúa M. *Psicología Positiva: una moda polémica*. *Clínica y Salud*, 2006;17(3):319-338.