



69
2 y
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL
HABITO TABAQUICO:
UN ESTUDIO EXPLORATORIO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

VERONICA O. FRUTOS CALDERON

ARTURO NARVAEZ LOPEZ

MEXICO, D.F.,

1985



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.

I N D I C E

CAPITULO UNO: EL HABITO DE FUMAR.

I.- INTRODUCCION.....	1
II.- ASPECTOS HISTORICOS Y CULTURALES.....	1
III.- ASPECTOS ECONOMICOS Y EPIDEMIOLOGICOS.....	4
IV.- CRITERIO DE DEPENDENCIA AL TABACO.....	5
V.- SINDROME DE ABSTINENCIA.....	9
VI.- ASPECTOS PSICOLOGICOS INVOLUCRADOS EN EL TABAQUISMO.....	10
VII.- BICQUIMICA DEL TABACO.....	17
VIII.- PADECIMIENTOS ASOCIADOS AL TABAQUISMO.....	21
IX.- METODOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.....	25
X.- APLICACIONES PRACTICAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MEXICO.....	27

CAPITULO DOS: ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL HABITO DE FUMAR.

I.- METODO.....	30
-----------------	----

Sujetos

Muestra

Medición

Validación del Instrumento

Procedimiento

II.- RESULTADOS.....35
 Gráficas

III.- DISCUSION.....42

IV.- BIBLIOGRAFIA.....47

APENDICE.

 Cuestionario

CAPITULO UNO :

EL HABITO DE FUMAR.

I.- INTRODUCCION.

En los últimos años el tabaquismo ha pasado a ocupar un primer plano entre los problemas de salud pública, al encontrar lo relacionado con diversas enfermedades graves que cada día adquieren mayor importancia como causa de incapacidad y de muerte y con serias repercusiones socio-económicas. Es cierto que el tabaquismo es un riesgo al cual el fumador se somete voluntariamente, pero también es cierto que en la mayoría de los casos hay un serio problema por falta de información acerca de todos aquellos aspectos patológicos, epidemiológicos, sociales, económicos y psicológicos que intervienen en la conducta de fumar. Es altamente significativa la proporción de fumadores que consideran ajeno y poco probable padecer, por ejemplo: cáncer de pulmón, enfermedad que guarda una íntima y estrecha relación con el tabaquismo. La misma actitud lejana e impersonal se tiene hacia otros tipos de enfermedades vinculadas con el hábito de fumar.

La presente revisión tiene como propósito presentar un somero panorama sobre los principales padecimientos, historia y características generales del tabaco y el tabaquismo.

II.- ASPECTOS HISTORICOS Y CULTURALES.

El tabaco era conocido y usado en gran parte de América desde antes de la llegada de Cristobal Colón, desde el Canadá hasta Argentina, donde se cultivaban varias especies de tabaco. ---

Las formas de consumo diferían, de modo que los antillanos fumaban las hojas de tabaco arrolladas, los nativos de Norteamérica lo fumaban en pipa, los mayas mascaban el tabaco y en América del Sur se aspiraba pulverizado en forma de rapé.

Tras el descubrimiento de América, los españoles difundieron el hábito de fumar "habanos"; Jean Nicot difundió el cultivo de la planta en Francia, por lo cual comenzó a ser conocida como "Nicotiana". Sir Walter Raleigh difundió su uso en Inglaterra y el resto de Europa. La reacción contra esta nueva "droga" exótica fué violenta en la Europa del siglo XVI, ya que además de no producirse localmente, era estímulo de identificación del grupo de los nativos americanos. En Turquía y en muchos otros puntos del orbe Musulmán se estableció la pena de decapitación para los fumadores, (Freixa y Soler-Insa, 1982). En Persia se les perforaba la nariz que se atravesaba con el mango de una pipa y se paseaba a los fumadores por la ciudad sobre el lomo de un asno. A los reincentes se les amputaba la nariz. En Rusia se institucionalizó la tortura para obligar a los consumidores a delatar a los traficantes (hoy comerciantes), estableciéndose la pena de muerte para ambos y confiscándoseles, además, sus pertenencias (op. cit.).

En numerosos países se establecieron prohibiciones de fumar en público, creándose para ello "fumaderos" apropiados. Países como Dinamarca, Finlandia y Holanda han prohibido la publicidad de cigarros en los medios de comunicación ma-

siva, observándose una baja en la incidencia del problema - tabaquista entre su población. El que, pese a diversas medidas sanitarias efectuadas en muchos otros países, no se haya conseguido impedir la propagación del hábito de fumar, puede dar una idea del arraigo cultural que provoca el tabaquismo. Todos los países que padecen el problema, al tratar de resolverlo, han organizado monopolios del tabaco y lo han gravado con impuestos y tasas. Señalaremos que tal tipo de imposición fiscal es común a numerosas sustancias psicotrópicas -- capaces de generar dependencia, de las que se sabe que un -- aumento será forzosamente aceptado por los consumidores, lo mismo ocurre por ejemplo, con el alcohol, el café, etc.

En nuestro país las acciones del Estado tendientes a la reducción y/o control del hábito tabáquico se han contemplado en la "Ley General de Salud" vigente desde el 1º de julio de -- 1984, la cual dicta en su Título XI, Capítulo II, la imple--- mentación de un programa contra el tabaquismo que incluya aspectos educativos, de prevención y tratamiento de padecimientos relacionados con dicho hábito; señala asimismo que para la ejecución de dichas acciones las instituciones del sector salud deberán realizar investigaciones pertinentes. Por otra parte, el mismo Título, Capítulo XI expresa las normas a seguir respecto a la comercialización y venta de tabaco, destacándose como única innovación la prohibición de la venta de tabaco a menores de edad.

En el Título XIII, Capítulo único, Artículo 308 se señala que en la publicidad de tabaco (y bebidas alcohólicas), éste no -

deberá presentarse como productor de bienestar o salud, no podrá asociarse con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o feminidad; de igual forma - no podrá asociarse con actividades crativas, deportivas, del hogar o del trabajo ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo; no podrá incluirse, en imágenes o sonidos, la participación de niños o adolescentes ni dirigirse a ellos y en el mensaje no podrá tampoco consumirse real o aparentemente (S.S.A., 1984).

III.- ASPECTOS ECONOMICOS Y EPIDEMIOLOGICOS.

El uso del tabaco fumado en forma de cigarros se ha generalizado a lo largo del siglo XX, debido a las características -- particulares de esta forma de presentación: fácil de manejar y transportar, no hay que perder tiempo en prepararlo, etc. - (Freixa y Soler-Insa, 1982). La difusión ha sido extremadamente acelerada, debido a la presión de la oferta por medio de la publicidad, la cual, en 1983 invirtió aproximadamente 1950 millones de pesos por concepto de mensajes televisados, según datos del Instituto Nacional del Consumidor (INCO, 1983). Por su parte, las ventas de cigarros para el mismo año, fueron estimadas en 94,150 millones de pesos, de acuerdo a la -- información aportada por la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH, 1982).

La producción de tabaco alcanza un volúmen comercial de exportación en 120 países, destacando como principales productores: China, Estados Unidos, India, la URSS y Turquía. --- México ocupó en 1980 el 14º lugar entre estos países con una producción de 72,000 toneladas; se estima que el 70% de esta producción se destinó al consumo interno y el 30% restante a la exportación (op. cit.).

Respecto a la incidencia de tabaquismo entre la población -- mexicana los reportes más confiables, tanto por las técnicas de recopilación de datos empleadas como por su interpretación, señalan una tasa del 16.5% en mujeres y 44.7% en hombres (O.P. S., 1977). Los mismos reportes coinciden en señalar que es la adolescencia la etapa en que generalmente inician los individuos el hábito, debido a su susceptibilidad emocional y a otros factores de tipo psicosocial. Entre un 30% y 60% de los actua les fumadores comenzaron a fumar antes de los 16 años (O.M.S., 1979, en Freixa y Soler-Insa, 1982).

IV.- CRITERIO DE DEPENDENCIA AL TABACO.

El curso que sigue la actividad tabáquica se puede distinguir con base en el enfoque de las ciencias del comportamiento. Al aprender un nuevo comportamiento, el sujeto se ve frente a -- dos opciones básicas: usarla y aplicarla o no hacerlo. Cada -- una de ellas depende en gran parte de lo funcionales y adap-- tativas que resulten para él mismo. En el caso del tabaquismo, se dice que es un hábito cuando la conducta de fumar es un -

evento reforzado por sus consecuencias, tales como la aceptación social del individuo, la reducción de tensión, etc.

La habituación es un concepto que en términos de las ciencias del comportamiento, denota una condición en la que el organismo deja de reaccionar ante la presentación sistemática, repetitiva y monótona de un estímulo. Sabemos que en una persona que se inicia en el hábito de fumar ocurren reacciones fisiológicas como mareos, náuseas y dolor de cabeza, entre otras, mas cuando se ha alcanzado un nivel de habituación al uso del tabaco, ya no se presentan tales reacciones. Es muy probable que si se continúa consumiendo tabaco, se desarrolle una franca dependencia a él, tanto en sentido fisiológico como psicológico.

De la experiencia clínica y la investigación han surgido diversos criterios para clasificar a los fumadores según sus motivaciones para el consumo de tabaco, al respecto Russell (1974), propone las siguientes categorías:

1. Hábito Psicosocial: La persona considera que el tabaco -- está ligado a la intelectualidad, precocidad y sexualidad: frecuente en jóvenes, intermitente en situaciones sociales. En general fuman poco, si no inhalan pueden continuar igual, pero si inhalan pueden evolucionar hacia la dependencia farmacológica.
2. Hábito Psicomotor: La manipulación del cigarro es placentera para el fumador, ligada a la despreocupación. Puede consumir muchos cigarros pero dan pocas inhalaciones.

3. Hábito por "Indulgencia": Probablemente el más común. -- Se consumen menos de 20 cigarros al día y se fuma por "placer", generalmente en momentos de reposo o relajación: el individuo adopta una actitud de autoindulgencia y realmente goza con la inhalación. Suele asociar el fumar con el consumo de café, té o bebidas alcohólicas y no suelen fumar cuando trabajan.
4. Hábito Sedante: Se fuma para disminuir la ansiedad y la tensión; la frecuencia y número de cigarros varía con el estado emocional. Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos. Frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas que fuman "para no subir de peso" y se tranquilizan fumando al encontrar escape a los problemas inherentes a su peso.
5. Hábito Estimulante: Durante el trabajo, para "pensar mejor", evitar la fatiga y "resistir la tensión", fuman -- mucho e inhalan profundamente. Se vuelven fácilmente -- adictos y pronto presentan bronquitis y enfisema.
6. Adictos al Tabaco: Individuos que se sienten mal cuando dejan de fumar, lo que les obliga a un elevado consumo de cigarros aún cuando están enfermos y rehuyen la consulta médica. Sólo dejan de fumar cuando duermen. También presentan trastornos patológicos respiratorios de importancia.
7. Hábito Automático: Es la etapa terminal de las anteriores

y se da principalmente entre adictos y los que se estimulan con el tabaco; fuman continuamente, no se dan cuenta del consumo, siempre tienen problemas respiratorios.

Las características esenciales de la dependencia al tabaco -- que cita la Asociación Psiquiátrica Americana son: a) el uso continuo del tabaco durante un periodo mínimo de un mes con: intentos no exitosos de dejar o reducir significativamente la cantidad de tabaco consumida y, b) el desarrollo del síndrome de abstinencia y/o la presencia de un trastorno físico serio que el sujeto sabe se exacerba con el uso del tabaco (D.S.M. III, 1980). Para que estos criterios sean aplicables, es condición necesaria que el fumador reconozca que su tabaquismo -- es un serio problema a su salud, no solo a corto sino también a largo plazo y que además esté dispuesto a someterse al auxilio profesional experto. Diversos estudios han permitido concluir que aproximadamente el 50% de los fumadores desean dejar de fumar pero carecen de las instancias de ayuda profesional para hacerlo, (Lichtenstein y Brown, 1982).

Un factor que hace de particular importancia al tabaquismo -- en comparación con otras dependencias como al alcohol, la -- cannabis, etc., es que el consumo de tabaco raramente causa -- cualquier estado identificable de intoxicación, y además no -- hay deterioro evidente de las funciones sociales u ocupaciona les como consecuencia directa e inmediata del consumo de tabaco (D.S.M. III, 1980).

V.- SINDROME DE ABSTINENCIA.

En años recientes, la evidencia de que el consumo de tabaco predispone a una variedad de serios trastornos físicos, ha conducido a muchos fumadores a intentar dejar el hábito. - Muchos son incapaces de dejarlo completamente o si lo hacen, a menudo reinciden en el uso del tabaco dentro del lapso de algunos meses.

La dificultad en abandonar el hábito después de un largo período, puede deberse al carácter desagradable del síndrome de abstinencia, a la habituación, a los "beneficios" que le proporciona el tabaco y a la gran cantidad de estímulos ambientales que actúan como señales evocadoras de la conducta de fumar.

En este apartado nos referimos al síndrome de abstinencia originado por el cese o reducción significativa del hábito de fumar.

El síndrome incluye un gran deseo, una particular urgencia por fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, dolor de cabeza, fatiga y algunos disturbios gastrointestinales. Se asume que este síndrome es causado por la abstinencia ante la dependencia a la nicotina, ya que al parecer ésta es el principal ingrediente farmacológico activo en el tabaco (D.S.M. III, 1980).

La sensación de urgencia de fumar parece alcanzar su más alto

nivel dentro de las siguientes 24 horas después de haber fumado el último cigarro, de ahí en adelante disminuye gradualmente hasta desaparecer al cabo de dos o tres semanas (op. cit.). El decremento del ritmo cardíaco y la presión sanguínea, el aumento de peso y disminución del estado de alerta son rasgos comúnmente asociados a la abstinencia.

VI.- ASPECTOS PSICOLOGICOS INVOLUCRADOS EN EL TABAQUISMO.

Diferentes autores, en el área del comportamiento han propuesto diversas explicaciones para la conducta de fumar. Lichtenstein, (1982), ha propuesto el siguiente modelo sobre la Historia Natural del Tabaquismo:

INICIO	CONTINUACION	ABANDONO	REANUDACION
Disponibilidad de cigarrillos	Nicotina	Salud	Stress
Curiosidad	Consecuencias positivas inmediatas	Saciedad	Presión Social
Rebelión	Señales Ambientales	Presión social	Efecto de violación de la abstinencia.
Anticipación en el rol adulto	Efectos negativos	Auto control	Consumo de alcohol

Acceptación social		Estético	
Modelamiento: Compañeros, her- manos, maes- tros, etc.		Ejemplo a otros	
Psicosocial	Psicosocial + Fisiológico	Psicosocial	Psicosocial

En este modelo se destacan cuatro estadios en el curso de la actividad tabáquica; iniciación, continuación y cese, por un lado, y la reincidencia, como un estadio que ha sido agregado a la historia natural del tabaquismo, por su alta frecuencia de ocurrencia.

A continuación se detallan los principales factores involucrados en cada uno. Algunos de esos factores están más significativamente apoyados por datos empíricos y sistemáticos, otros son más especulativos, algunos están inferidos a partir de la correlación de datos y otros más, derivados directamente de la experimentación.

De esta manera, parece claro que los factores psicosociales son los determinantes del inicio al tabaquismo. Los efectos farmacológicos de la nicotina, sin embargo, son cruciales en la continuación o dependencia franca al tabaco acompañados de

los factores psicosociales aprendidos. La decisión de dejar de fumar y su éxito en conseguirlo es de gran importancia - psicosocial para el individuo. La reincidencia al tabaquismo es un fenómeno del cual se sabe relativamente poco, pero parece ser que el stress, la presión social y la baja o nula tolerancia al síndrome de abstinencia, son factores claves.

Iniciación:

Disponibilidad de cigarros.- El constante acceso a los cigarros dentro del contexto ambiental en el que el individuo se desenvuelve es una de las instancias fundamentales en la adquisición del hábito.

Es frecuente que el joven tome un cigarro de los que fuma su padre, su madre o algún otro integrante de la familia y lo fume "a escondidas" en el baño; o que salga a la calle y encuentre alguien que le invite un cigarro; o bien que a sabidas de la facilidad para adquirir cigarros en cualquier comercio, acuda a esa posibilidad.

Curiosidad.- "Para probar que se siente", "por curiosidad", - son argumentos que con gran frecuencia dan quienes se están iniciando en el hábito, es particularmente interesante cuando se confronta al sujeto con esa sensación de curiosidad y la que experimenta con el consumo de tabaco, ya que como se mencionó anteriormente ocurren reacciones fisiológicas como mareos, náuseas y dolor de cabeza, que de ninguna manera son placenteras.

Rebelión.- Fumar puede representar una manera de rebelión, -- de manifestar oposición frente al ambiente social o familiar. Es un -- tipo de respuesta frente a las imposiciones de la autoridad, una práctica usual sobre todo en familias numerosas y/o mal estructuradas, donde los hijos la realizan en un intento por escapar a los problemas que ese ambiente les plantea.

Anticipación al rol adulto.- Cuando el joven ha aprendido a -- asociar el hábito de fumar con una supuesta madurez y como un atributo propio del adulto, regida su personalidad por el pro ceso de identificación, tiende a iniciarse al hábito de fumar, y aún a desarrollar una dependencia al tabaco como una manera de afirmarse como ser individual y social.

Modelamiento.- Albert Bandura en su Teoría del Aprendizaje -- Social planteó la existencia de un proceso de aprendizaje al cual nombró vicario, a través de modelos, por los cuales el -- sujeto aprende a asociar diversos tipos de situaciones con -- determinados modos de respuesta de otros sujetos que se ha--- llan en su entorno inmediato. Así, tenemos que por ejemplo, -- si un chico ve que su padre invariablemente enciende un cigarro después de la comida, él aprenderá a asociar el final de ésta con el tabaco y aún cuando no emita de inmediato la misma respuesta que su padre, existe una alta probabilidad de -- que en el futuro emita la respuesta ante la misma situación.

Continuación:

Una descripción detallada de los factores que mantienen la -

conducta de fumar, puede depender de la apreciación personal de la conducta, sin embargo las que a continuación se describen parecen ser las consideraciones más comunes al mantenerse el hábito.

Cuando se fuma, hay una liberación de nicotina hacia el cerebro, muy rápida, en siete segundos aproximadamente. Hay evidencias experimentales que señalan a la nicotina como un poderoso reforzador primario en la adquisición del hábito de fumar. Así, se ha demostrado que pequeñas dosis de nicotina son capaces de reducir los niveles de agresividad, hostilidad e irritabilidad en la conducta manifiesta del sujeto. Tales observaciones parecen indicar que la nicotina es capaz de modificar, de alguna manera, el estado de ánimo del sujeto actuando de este modo como agente reforzador del hábito (Freixa y Soler-Insa, 1982).

Una segunda consideración es que el tabaquismo es posible dentro de una amplia variedad de circunstancias y escenarios. Estos numerosos escenarios pasan a tomar características de señales evocadoras de la conducta de fumar, y a menudo sirven posteriormente como recompensas aprendidas. Las situaciones en que la conducta de fumar ocurre repetidamente, tales como cuando se bebe café o vino, o conversando con otro fumador; sirven como señales para fumar y se experimenta urgencia subjetiva cuando estas situaciones aparecen. La conducta de fumar viene a ser recompensada por el gozo de las manipulaciones oral, manual y respiratoria involucradas en el proceso de

encender, "dar el golpe" y manejar el cigarro. También puede resultar gratificante el placer y la relajación asociados con el uso del tabaco al terminar de comer, o al tomar café; y la disminución percibida de estados afectivos displacenteros de ansiedad, tensión, aburrimiento o fatiga. Para algunos fumadores la combinación de nicotina y aprendizaje psicosocial, produce una dependencia tal que permanecer sin fumar resulta altamente displacentero. El fumar se convierte en una recompensa adicional por la reducción del síndrome de abstinencia o de la reacción anticipada de abstinencia. Mientras que existen una gran cantidad de recompensas positivas inmediatas, -- las consecuencias negativas son mas bien retardadas.

Un factor significativo en el mantenimiento del hábito es la mínima conciencia que el fumador tiene de la intensidad de su hábito. Fumar 20 cigarros por día, representa consumir 7,300 al año, lo cual se traduce en un gasto promedio de \$32,000.⁴⁸ anuales por ese concepto, pudiendo variar según el tipo de cigarros consumidos*.

En suma, fumar es una actividad altamente practicada, es una conducta sobreaprendida, recompensada tanto por eventos fisiológicos como por una amplia variedad de eventos psicosociales. Es evocada por una amplia variedad de estímulos ambientales -- (externos) e internos, es social y legalmente aceptada en la mayoría de los lugares públicos o privados, tiene efectos "positivos" inmediatos y pocas consecuencias negativas inmediatas, excepto cuando se está iniciando al hábito, ya que enton

*Datos de 1984, en México..

ces se presentan reacciones fisiológicas desagradables tales como las descritas anteriormente.

Abandono:

Las consecuencias señaladas bajo este rubro en la historia natural del tabaquismo pueden no ser las únicas, pero sí las más frecuentes reportadas en la experiencia clínica.

La necesidad de suspender el uso del tabaco, cuando se ve seriamente afectada o amenazada la salud del fumador, es frecuentemente señalada por el especialista de la conducta o por el personal médico. Es también frecuente que se recomiende la -- suspensión del hábito cuando el tabaco es incompatible con -- los medicamentos que se le prescriben o por la naturaleza de de algún padecimiento, por ejemplo, en el caso de enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas.

En su momento la presión ejercida sobre el fumador, adquiere una fuerza tal, que es suficiente para que deje fumar, primero ante ciertas situaciones o personas y posteriormente se extiende a la mayor parte de sus actividades. Esto sucede cuando en el ambiente del fumador existen otros sujetos que se -- ven afectados, ya sea en su salud o en sus ocupaciones, por -- causa de su hábito tabáquico.

Entre otras de las causas en que ocurre el abandono del hábito se encuentran la aplicación de recursos y técnicas terapéu

ticas derivadas de los principios que rigen el comportamiento humano, estas pueden ser por su naturaleza o instrumentación de control interno o externo.

Reanudación:

La sobreaprendida asociación entre relajación y consumo de cigarrillos se traduce en una causa de reincidencia al tabaquismo de una gran proporción de exfumadores. El desconocimiento y falta de práctica de otros métodos de relajación que no impliquen el comprometer la salud del individuo, así como la baja tolerancia a los efectos del síndrome de abstinencia, convierten al tabaco en un recurso usualmente aplicado para el manejo del stress. La presión ejercida por el ambiente en que el individuo se desenvuelve, así como su falta de habilidad en el reconocimiento y control de estímulos ambientales evocadores de la conducta de fumar son circunstancias que provocan un reinicio al hábito.

VII.- BIOQUIMICA DEL TABACO.

Son más de 2,000 elementos nocivos los involucrados en la combustión del tabaco, dentro de ellos se destacan la nicotina, el alquitrán, cianuro de hidrógeno, acroleína y monóxido de carbono, que son particularmente tóxicos e irritantes, es pertinente aclarar que la mayoría de los compuestos nocivos del tabaco se producen durante su combustión, (Facultad de Medicina, UNAM, 1980).

El monóxido de carbono se halla presente en el humo del tabaco en una proporción del 1 al 3%. Desde el punto de vista fisiopatológico, la acción nociva de este gas tiene lugar a través de su combinación con la hemoglobina de la sangre, desplazando de ella al oxígeno dada su mayor afinidad hacia dicha sustancia y formando así la carboxihemoglobina. Ello trae como consecuencia un menor aporte de oxígeno al organismo, que puede constatarse a través de pruebas de funcionamiento respiratorio, ocasionando importantes trastornos que pueden llegar incluso a ser incompatibles con la vida. En la práctica, la carboxihemoglobina que se forma en los fumadores no es demasiado alta, razón por la cual no llega a ocasionar, por sí misma, una sintomatología importante inmediata. Si bien no es de importancia patológica en condiciones normales, la tiene en circunstancias en que se exija un mayor aporte de oxígeno al organismo, por ejemplo al realizar ejercicios físicos intensos o en el caso de que este aporte sea ya de por sí deficiente, como en las enfermedades cardiovasculares. Se da también el caso de que en personas especialmente sensibles, en días que han fumado con cierta intensidad, presentan molestias atribuibles a los efectos del monóxido de carbono y que consiste fundamentalmente en sensación de "embotamiento" cerebral, dificultades de concentración y pérdida de memoria. Por otro lado, hay que señalar que las molestias debidas al monóxido de carbono se presentan además de en los fumadores, en los no fumadores situados en una atmósfera de humo de tabaco (op. cit.).

Los aldehídos, el amoniaco y la acroleína son gases que se liberan durante la combustión del tabaco, se sabe que producen un efecto especialmente irritante sobre la mucosa bronquial provocando tos y conduciendo a la aparición de las bronquitis crónicas características de un buen número de fumadores. Por otra parte, al efecto irritante se añade una acción ciliostática o de detención del movimiento ciliar en las células de la mucosa bronquial, con lo que se suprime este importante elemento defensivo que el organismo posee para expectorar partículas nocivas (Sánchez-Turet, en Freixa y Soler-Insua, 1982).

A la nicotina, principal alcaloide contenido en el tabaco, se le considera la causante de la dependencia a éste y la que refuerza al hábito mismo. Existen evidencias experimentales que indican una relación entre la nicotina y una dependencia fisiológica. Esto se ha demostrado cuando a fumadores que habían abandonado el uso del tabaco abruptamente, se les proporcionaba nicotina en goma de mascar, observándose como efecto inmediato la reducción del síndrome de abstinencia. De esta manera, retomando los planteamientos de la aproximación psico-social, podemos distinguir dos tipos de dependencia combinadas en una interacción dinámica: una fisiológica y otra psico-social.

La nicotina absorbida por cada individuo depende fundamentalmente de la intensidad de la inhalación del humo, llegándose

a absorber hasta el 95% de la contenida en el tabaco, si la inhalación es profunda y además se acompaña de retención pulmonar.

En cuanto a su eliminación o excreción se efectúa prácticamente en su totalidad a través de la orina, debiéndose destacar que mientras que la excreción de la nicotina es rápida -- (en aproximadamente 15 minutos), la cotinina, su metabolito, -- se elimina en dos horas aproximadamente (op. cit.).

A fines del siglo pasado se descubrió que la nicotina en dosis pequeñas poseía una acción estimulante a nivel ganglionar del sistema nervioso vegetativo, mientras que a dosis exageradas provocaba la paralización de dichos ganglios.

Turner (1979) en experimentos en los que se administraba a -- animales nicotina marcada con isótopos radioactivos, observó que dicha sustancia se concentra principalmente en los hemisferios cerebrales, el tálamo y el hipotálamo, mientras que la cotinina se concentra a nivel de cerebelo (Sánchez-Turet, en Freixa y Soler-Insa, 1982).

Respecto a la acción de la nicotina sobre el estado de alerta del sujeto, se ha descubierto un ritmo theta que parte del hipocampo, tálamo y núcleo caudado, alcanzando el córtex sensitivo y motor, afectándose también, aunque posteriormente, la formación reticular (Laborit, 1969). Dichos resultados obtenidos con animales estarían en concordancia con la sensación --

de incremento del estado de alerta que experimentan algunos fumadores (op.cit.).

A los síntomas característicos resultantes del abandono del hábito de fumar, y por tanto de la nicotina, (descritos anteriormente) se pueden añadir cambios en el flujo sanguíneo cerebral y disminución de la capacidad de atención (Russell, - 1971).

También hay un descenso en el consumo de oxígeno y de los niveles plasmáticos de glucosa y potasio, dichos cambios metabólicos pueden contribuir al incremento del peso corporal observado al suspender el uso del tabaco (Glauser, et.al., 1970).

VIII.- PADECIMIENTOS ASOCIADOS AL TABAQUISMO.

No existen con precisión reportes que sustenten con datos -- confiables la incidencia de morbi-mortalidad ligada al tabaquismo, sin embargo se puede asumir que es significativa la mortalidad de fumadores por padecimientos que son agravados o directamente causados por el uso crónico de tabaco, señalándose que es superior en un 22% aproximadamente a la de los no fumadores y que el riesgo se incrementa paralelamente al consumo y a la inhalación del humo (O.M.S., 1974).

Los cuadros respiratorios más frecuentemente inducidos por el humo del tabaco son el cáncer de pulmón y la bronquitis crónica. En cuanto a la bronquitis, se identifica por una -

inflamación permanente de los bronquios. Dicho cuadro clínico se caracteriza por tos, expectoración e insuficiencia respiratoria cada vez más marcada. La persistencia de la bronquitis crónica puede dar lugar a otras patologías como el enfisema y el cor pulmonale (Sánchez-Turet et.al. en Freixa y Soler-Insa, 1982).

De entre las fuentes de información más fidedignas al respecto, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. (1974), señala una clara influencia del tabaco, no sólo en la bronquitis crónica, sino también sobre la mortalidad como consecuencia de tal enfermedad. Se indica, también que el abandono del hábito conlleva a una regresión de las anomalías epiteliales de los bronquios de los fumadores (op.cit.).

Diversos expertos en el tema coinciden al afirmar que la úlcera gastroduodenal es aproximadamente dos veces más frecuente en los fumadores que entre los no fumadores.

La acción del tabaco sobre el estómago consiste en una disminución o suspensión de las contracciones del mismo, con la consiguiente disminución del apetito.

El tabaco posee también una acción sobre el intestino provocando en él un incremento de sus contracciones y acelerando el tránsito intestinal, lo que produce la eventual aparición de diarreas (op.cit.).

Por otra parte, sigue sin interrumpirse el incremento mundial

de la mortalidad por cáncer de pulmón, en todos aquellos países donde está arraigado el hábito de fumar.

El propio Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A.; señala que el 30% de quienes padecen cáncer de pulmón en ese país, son fumadores crónicos (McGinnis, 1983).

Graham y Levin (1971), confirmaron histológicamente que existe una disminución del riesgo de cáncer de pulmón en fumadores - que abandonan el hábito. Si bien el tabaco es un factor muy - importante en la etiología del cáncer de pulmón, existen otros como la contaminación ambiental de origen industrial o doméstico.

El porcentaje de mortalidad por cáncer pulmonar es mayor en - los ambientes urbanos en comparación con los rurales, siendo la diferencia más intensa entre los fumadores que entre los no fumadores.

En relación al cáncer de boca, se considera al tabaco como el factor etiológico más frecuente por su acción sobre la mucosa de labios y boca. Respecto a otros tipos de cáncer como el de esófago, laringe, riñón y páncreas se ha notado un discreto aumento en fumadores respecto a los no fumadores.

Estudios clínicos y epidemiológicos han puesto en evidencia - que el consumo de tabaco constituye uno de los principales - factores de riesgo cardiovascular. Los cambios agudos en el -

aparato circulatorio consisten en aumentos de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial y reducción del flujo sanguíneo digital. La intensidad de estos cambios se relaciona directamente con el nivel de nicotina en el plasma (Koch et. al., 1980).

El monóxido de carbono producido en la combustión del tabaco, produce un aumento de la permeabilidad del endotelio, ocasionando edema subendotelial.

Los estudios de mortalidad coronaria muestran una clara relación con el tabaco y la muerte súbita. Diversos estudios epidemiológicos prospectivos han evidenciado que el consumo de cigarrillos junto a la hipertensión y al exceso de colesterol en la sangre, constituyen los tres principales factores de riesgo coronario.

La relación del uso de tabaco con la aterosclerosis periférica parece ser clara encontrándose el antecedente de tabaquismo en una elevada proporción de casos con obliteración intermitente relativamente precoz (Juergens et. al., 1960).

El consumo de tabaco en la mujer durante el embarazo produce un retraso en el crecimiento intrauterino fetal, de forma que el recién nacido suele pesar de 150 a 240 grms. menos que los hijos de madres no fumadoras (J.M.S., 1979).

Asimismo, se ha detectado un amplio aumento de la mortalidad perinatal (28% aproximadamente), así como el doble de abortos

espontáneos durante el primer trimestre de embarazo.

Otros factores nocivos en la mujer se relacionan con los trastornos menstruales: 37% frente a 13% de las no fumadoras; se agravan los riesgos cardiovasculares con la interacción tabaco-anovulatorios orales e investigaciones recientes indican - que produce menopausia prematura (O.M.S., 1979).

En lo que respecta a niños y jóvenes, pueden resultar dañados por inhalación pasiva del humo de cigarrillos fumados por --- otros. El riesgo de que un niño contraiga bronquitis o neumonía en el primer año de vida es del 7.8% si sus padres no fuman, del 11.4% si fuma uno de ellos, del 17.6% si fuman ambos y si uno de los padres presenta ya alguna afección respiratoria el riesgo aumenta a 23% (Colley, en Freixa y Soler-Insa, 1982).

En los niños menores de seis años la respiración sibilante es también más común si los padres fuman (Leeder, en Freixa y Soler-Insa, 1982).

IX.- METODOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE TABAQUISMO.

Uno de los métodos comunmente empleados es la educación para la salud, la cual comprende la aplicación sistemática de estrategias para la promoción, mantenimiento y establecimiento de estilos de vida sanos, así como para la prevención de riesgos, daños y padecimientos crónicos causados por el tabaquismo.

Para el tratamiento del tabaquismo se han utilizado diversas técnicas que van desde los fármacos como la lobelina, empleada en sustitución de la nicotina, y algunos otros que han sido usados para transformar en forma desagradable el gusto -- del tabaco, como la avena sátiva, el proteinato de plata y el ascorbato de quinina, y un último grupo de fármacos, desde -- los ansiolíticos hasta las anfetaminas, se han utilizado en -- un intento por reducir las molestias del síndrome de abstinencia (Sánchez-Turet, et. al. en op. cit.).

Los métodos psicológicos más usados, son la terapia de grupo, que utiliza en la supresión del tabaquismo, información, discusión y debate de vivencias y temas relacionados al hábito.

Otro método es la psicoterapia de apoyo o consejo individual, en la que se pueden utilizar desde métodos sugestivos como la hipnosis hasta farmacológicos.

La modificación de conducta es una técnica basada en los ---- principios del aprendizaje que incluye modos de comportamiento asertivo, autocontrol interno y/o externo y control de estímulos ambientales, entre otros.

Recientemente, la técnica de inoculación social (Evans, 1983), aplicada en la mayoría de los casos a adolescentes, se ha situado como una opción a las ya existentes. Al parecer dicha -- técnica resulta ser eficiente según lo consignan reportes -- preliminares.

X.- APLICACIONES PRACTICAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MEXICO.

En el marco del ejercicio profesional que procura la salud, el problema del tabaquismo ha sido abordado desde diversos enfoques y con diversos propósitos (prevención, control, -- erradicación e investigación).

Dentro de los más importantes esfuerzos realizados en nues-- tro país en el área de investigación del hábito tabáquico, -- se encuentran las clínicas contra el tabaquismo del Instituto Mexicano de Psiquiatría, las cuales fueron creadas para eva-- luar experimentalmente diversos tipos de tratamientos para -- abandonar el hábito.

Los tratamientos proporcionados por esas clínicas cubren tan-- to la valoración médica y psicológica del paciente como su -- tratamiento y su rehabilitación.

Entre otros esfuerzos conducidos el I.M.P. ha instrumentado estos tratamientos para aplicarse en grupo, empleando vita-- mina C de 30 mg. como placebo; 2 mg. de nicotina en goma de mascar como sustituto del fumar y programas de educación pa-- ra la salud. Cada una de estas técnicas constituye un tipo -- de tratamiento por sí sola, pudiendo combinarse la tercera -- con cada una de las dos primeras.

En términos generales, tales intervenciones pretenden los -- mismos objetivos, a saber: abandonar el hábito de fumar; va-- loración cardiológica, neumológica y psiquiátrica de los pa-- cientes; brindar apoyo emocional y en ocasiones farmacológi--

co al paciente durante el síndrome de abstinencia.

A pesar de reportar importantes avances en el establecimiento de programas para el abandono del hábito de fumar, la gran mayoría de los programas presentan deficiencias metodológicas que se habrán de superar, a continuación se enlistan algunas de ellas:

1. El número de sesiones no es suficiente para poder consolidar en grupo los logros individuales, que incrementen la posibilidad de que los pacientes no reincidan en el hábito.
2. No contempla en su aplicación práctica un entrenamiento de autoafirmación (asertividad), que los sustentantes juzgan necesario, sobre todo por las presiones a las que en la vida diaria se enfrentan los pacientes y pueden inducirlos a reincidir en el hábito.
3. La línea base no es metodológicamente confiable, ya que lo que en estos es llamado así es solo el reporte verbal del paciente respecto a la cantidad de cigarros que fuma al iniciar el tratamiento. Este reporte lo expresa en la primera sesión y no corresponde a una observación o monitoreo de su conducta de fumar.
4. No hay una evaluación inicial, formativa y final del trabajo desempeñado como grupo que pudiera, sistemáticamente, aportar información para corregir los programas.
5. Los criterios de inclusión de sujetos a los grupos no

contemplan las diferencias en la historia tabáquica de los pacientes, las cuales pueden ser determinantes en la efectividad de los tratamientos evaluados.

Por otra parte, en la revisión bibliográfica realizada se encontraron particularidades como las siguientes: los componentes de evaluación con frecuencia no se describen y si se reportan usualmente son de naturaleza ex-post-facto, en lugar de responder a una evaluación planeada (en el caso concreto de investigaciones experimentales). Por otra parte, adolecen de los requisitos metodológicos indispensables en toda investigación científica: sistematicidad, objetividad y reproductibilidad, además con frecuencia los reportes de dichos trabajos contienen casi en su totalidad apreciaciones personales u opiniones no siempre fundamentadas en datos, lo cual no permite que puedan verificarse en nuevos estudios. Ejemplo de ello son algunas referencias de Evans, et. al., 1978 y de Pegueros y Turrubiates, 1980.

Finalmente, es importante señalar que el propósito del presente estudio consistió en explorar con un grado razonable de sistematicidad, las condiciones psicosociales en las que ocurre el inicio, mantenimiento y abandono del hábito de fumar, en un sector de la población del área metropolitana de la Ciudad de México, de la cual no se tienen reportes previos al respecto.

CAPITULO DOS :

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE

EL HABITO DE FUMAR.

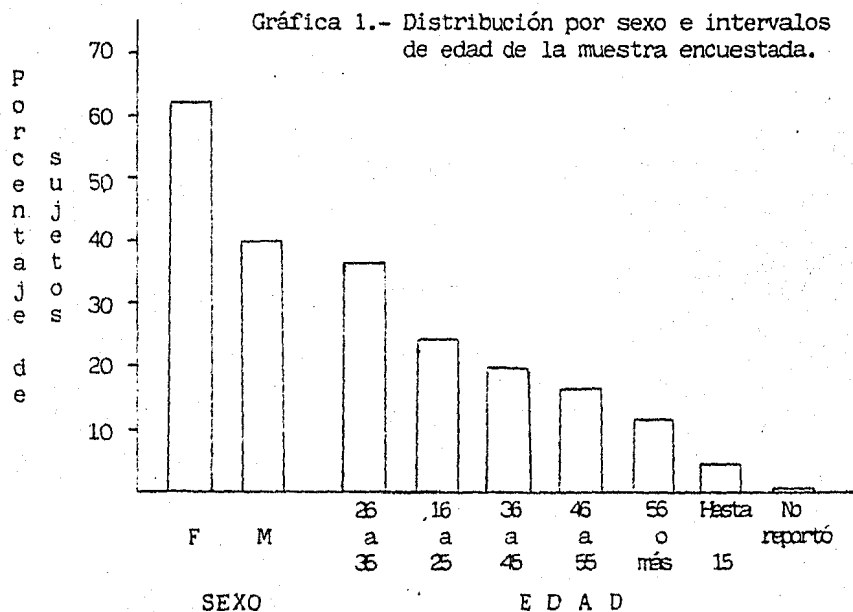
I. - M E T O D O

SUJETOS

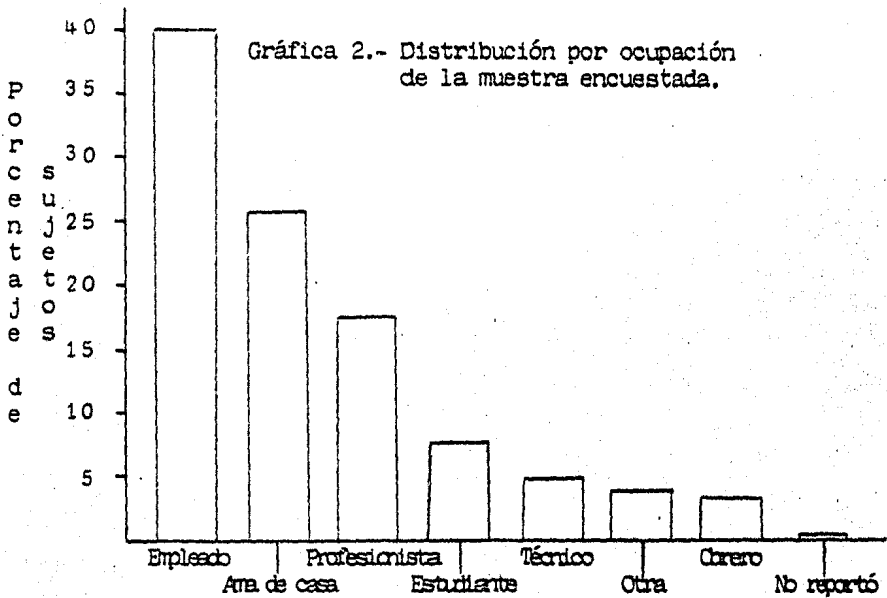
Se encuestaron 1,680 derechohabientes de los servicios médicos del ISSSTE, quienes se encontraban en las salas de espera de varias clínicas, al momento de la aplicación. Los sujetos eran mayores de 14 años de edad independientemente de su sexo.

El presente trabajo se realizó en clínicas del ISSSTE debido principalmente al acceso que se permitió para trabajar con un número significativo de personas asistidas por esa institución.

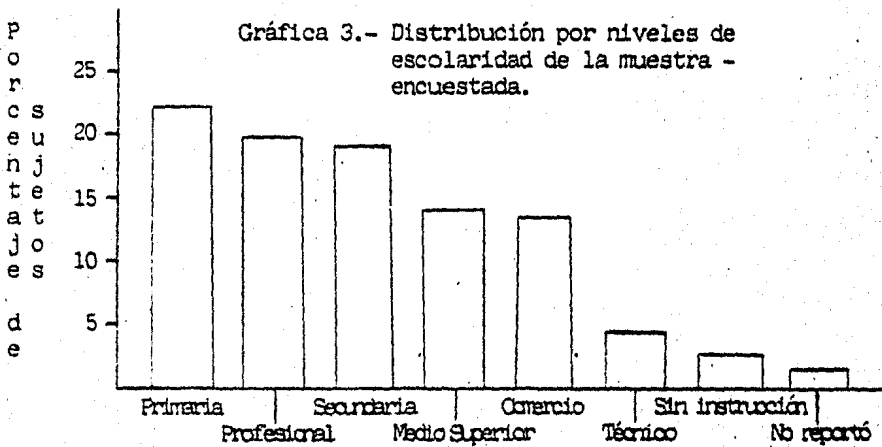
La gráfica 1 muestra que casi dos terceras partes de la población encuestada eran mujeres y el 39% hombres. La distribución por intervalos de edad permite observar que la mayoría de los sujetos eran jóvenes (entre 16 y 35 años de edad).



Respecto a su ocupación, cerca de la mitad eran empleados del sector público y poco más del 25% eran amas de casa, como se observa en la gráfica 2.



La escolaridad de los sujetos se distribuyó principalmente en tres niveles (gráfica 3): primaria, profesional y secundaria, de tal manera que la mayoría posee cierto nivel de instrucción.



MUESTRA

Se utilizó una muestra aleatoria simple (Siegel, 1980). La población de la cual se extrajo estuvo constituida por el total de derechohabientes del ISSSTE en el área metropolitana. La muestra se formó con 60 sujetos de cada una de 28 clínicas ubicadas en el área metropolitana de la Ciudad de México, las cuales reportan consistentemente un alto volumen de demanda de servicios de salud. Dicho muestreo fué realizado sin reemplazo y con el auxilio de tablas de números aleatorios. Este tipo de muestreo se consideró como el más adecuado ya que se pretendió asegurar que cada sujeto de la población tuviera igual probabilidad de incluirse en la muestra. Las tablas de números aleatorios brindaron a los aplicadores la posibilidad de guardar un orden en el momento de la selección de sujetos (Siegel, 1980, Kerlinger, 1981).

MEDICION

Se elaboró un banco con 60 reactivos para explorar, en primera instancia, las condiciones bajo las cuales se inicia y mantiene el hábito de fumar. Posteriormente se eligieron y reagruparon los reactivos que expresaban con claridad y concreción -- aquello que se pretendía conocer, a juicio de los autores del presente trabajo.

Con estos reactivos se construyó un cuestionario que se aplicó a 250 sujetos seleccionados al azar que se encontraban en

las salas de espera del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE. Una vez hecha la aplicación se realizó un análisis de frecuencias que permitió las siguientes observaciones:

- a) Durante la aplicación y calificación hubo dificultad para contestar preguntas abiertas, por lo que se optó por hacerlas de opción múltiple.
- b) Se incluyeron siete nuevos reactivos y se modificó la redacción de otros, cuidando siempre la conservación del objetivo de la pregunta.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Una vez considerada la tercera versión corregida del instrumento se realizó una validación de contenido a través de cuatro jueces, quienes son psicólogos clínicos con experiencia en el uso de instrumentos psicométricos, y que desconocían, hasta antes de ese momento, el cuestionario.

Para probar los reactivos, al menos tres de los jueces, debían mostrar un acuerdo independiente con el contenido y la estructura de éstos.

Cada uno de los reactivos de la versión terminal del instrumento se aprobó sólo si se cumplía este criterio de inclusión.

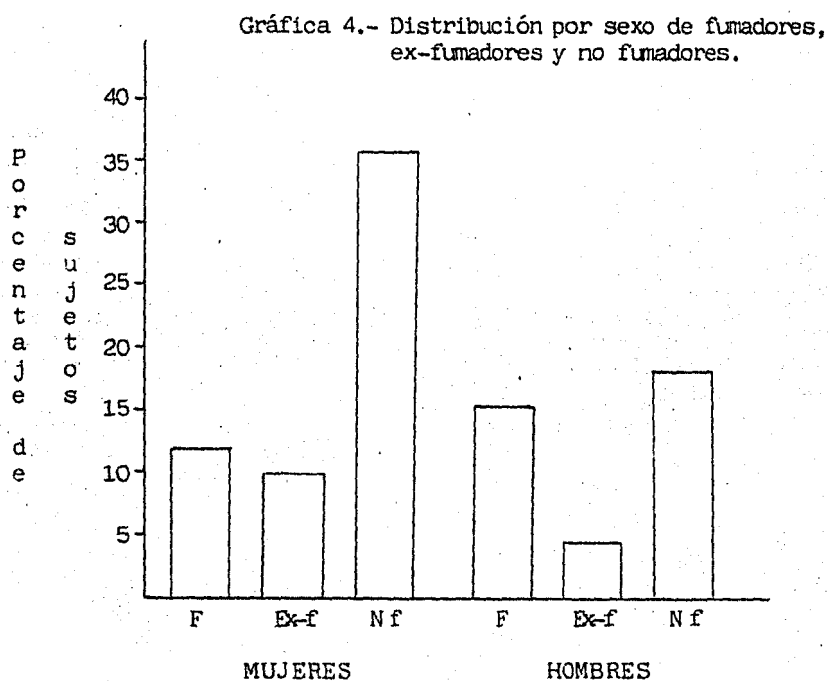
PROCEDIMIENTO

Una vez ubicados en el escenario, mediante el auxilio de una tabla de números aleatorios, los aplicadores siguiendo un orden de barrido por hileras de sillas, contaban el número de derechohabientes mayores de catorce años que se encontraban en la sala de espera. Una vez completada la ubicación se procedía a seleccionar a las personas con el siguiente procedimiento:

Se tomaba el primer número de la primera columna de la tabla de números aleatorios. Si ese número era mayor que la cantidad de sujetos, se tomaba el siguiente número -- inmediato inferior de la columna. Si el número era menor, al sujeto al que le correspondía, participaba en la muestra; una vez seleccionados los sujetos se les pedía que contestaran el cuestionario. Se continuaba con el procedimiento descrito arriba, hasta completar los sesenta sujetos de esa unidad. La aplicación se efectuaba indistintamente en los tres turnos en que las clínicas seleccionadas brindan atención a derechohabientes.

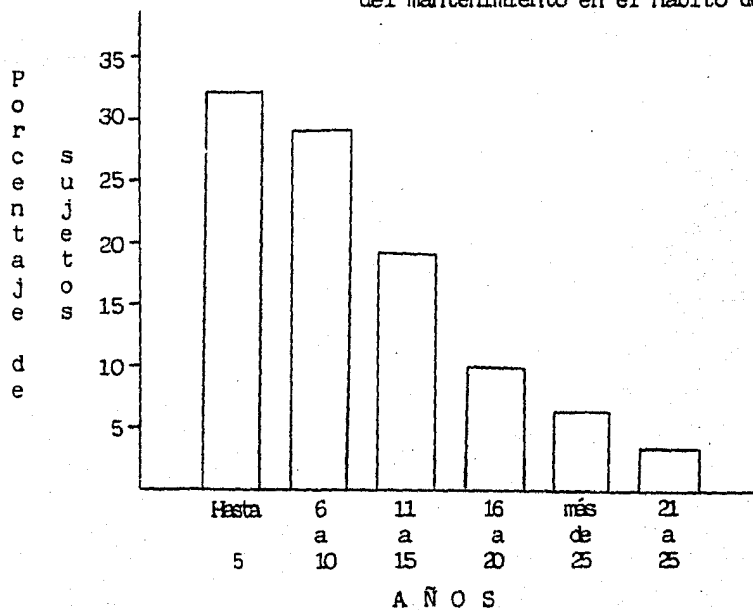
I I . - R E S U L T A D O S

La gráfica 4 destaca que una alta proporción de la muestra nunca había presentado el hábito de fumar, mientras que un 16% reportó haberlo tenido alguna vez en el pasado(ex-fumadores) y cerca de un tercio tenerlo -- hasta el momento de la encuesta. También se aprecia en la gráfica la distribución por sexo en estas tres condiciones.

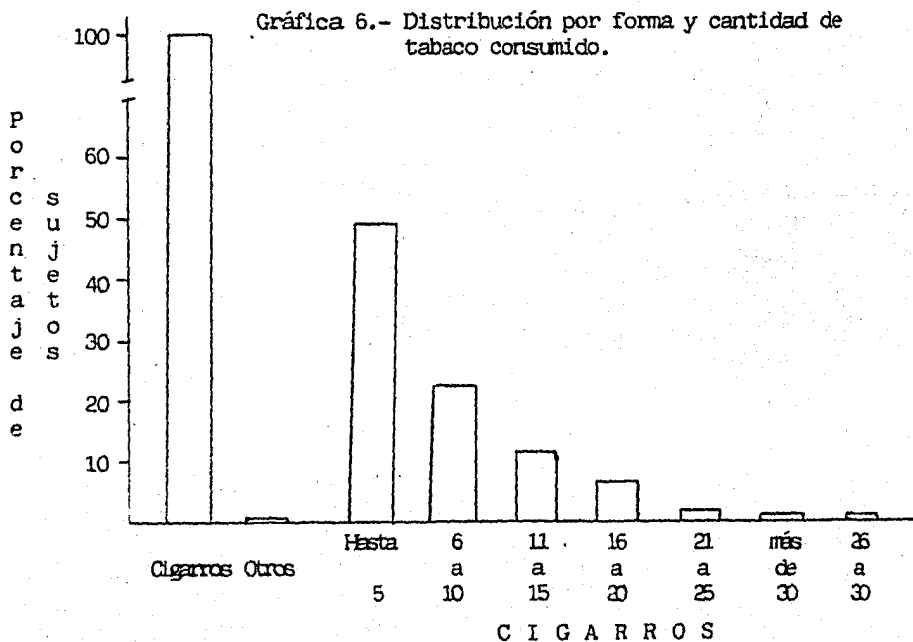


La distribución por intervalos de tiempo del mantenimiento en el hábito -- (gráfica 5) muestra que alrededor del 60% de los fumadores tenían entre -- cero y diez años de consumir tabaco; asimismo, la distribución por edad -- de los fumadores encuestados indica que el 82% son personas de entre 16 y 45 años de edad.

Gráfica 5.- Distribución por intervalos del mantenimiento en el hábito de fumar.

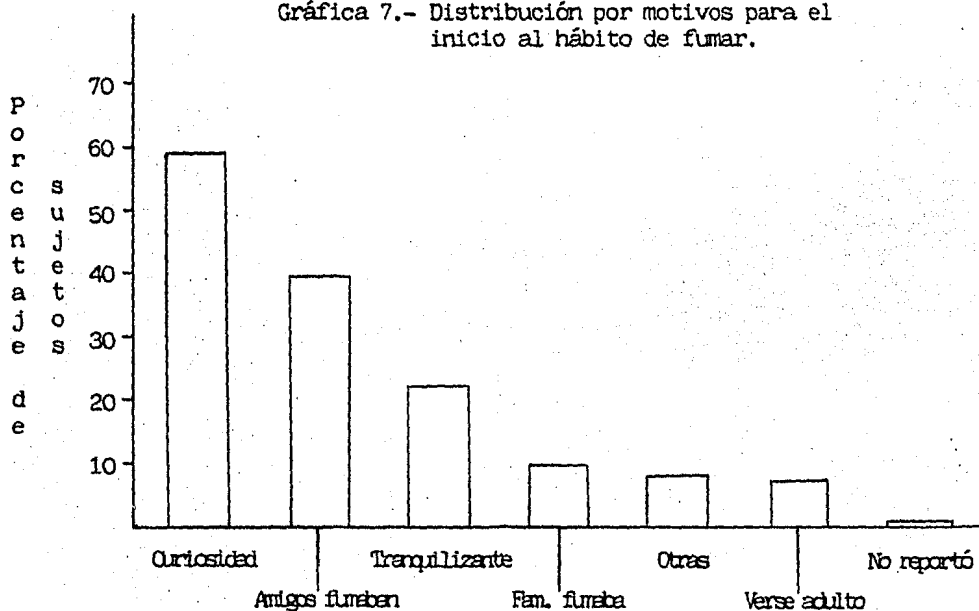


La gráfica 6 muestra que casi la totalidad de los fumadores encuestados - consumían tabaco en forma de cigarros, y las tres cuartas partes de este grupo fumaban hasta 10 cigarros diariamente.



Respecto a las razones para iniciarse al hábito el grupo de fumadores reportó la curiosidad y el hecho de que compañeros o amigos fumaran como las principales, lo que podría significar que su inicio ocurrió por presión del grupo y/o imitación. Como se observa en la gráfica 7 otras razones ocupan menores porcentajes.

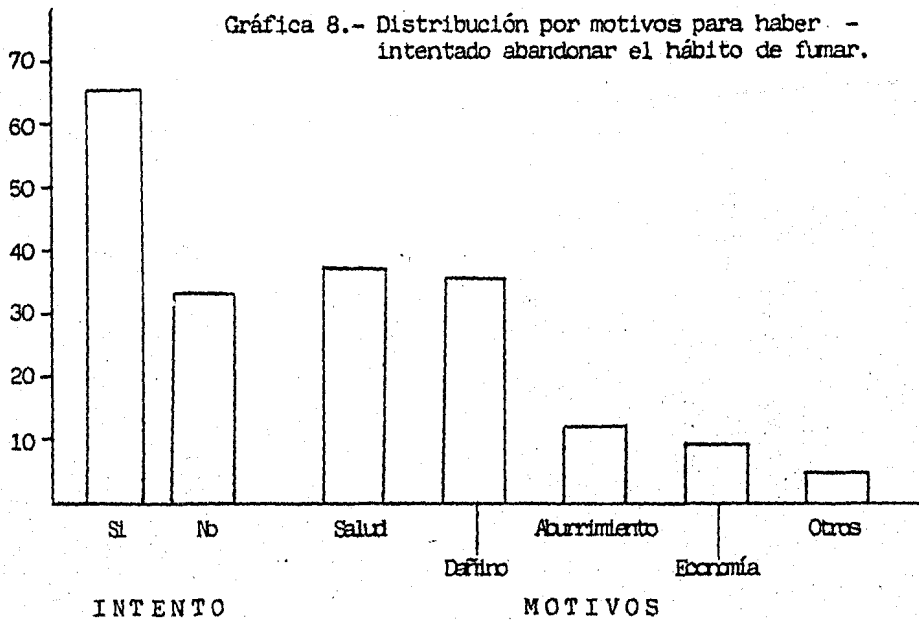
Gráfica 7.- Distribución por motivos para el inicio al hábito de fumar.



La gráfica 8 muestra que dos terceras partes del grupo de fumadores había intentado dejar el hábito, ya sea por haber presentado problemas de salud o por considerarlo dañino, principalmente.

Gráfica 8.- Distribución por motivos para haber intentado abandonar el hábito de fumar.

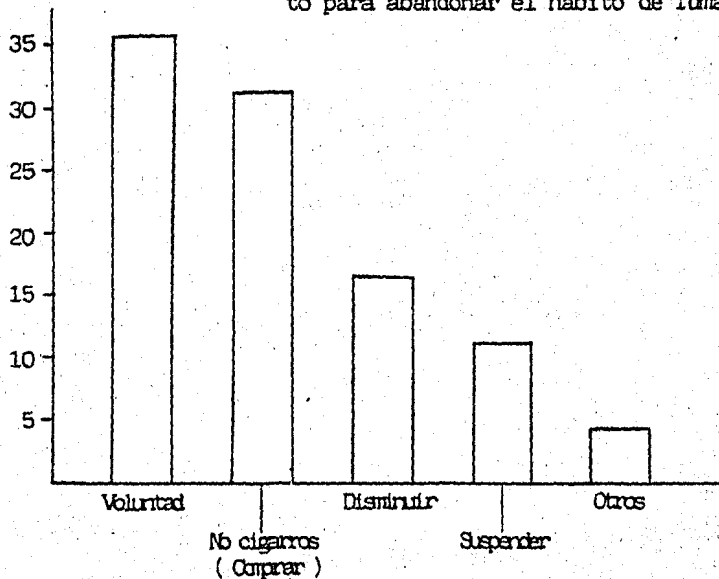
Porcentajes de



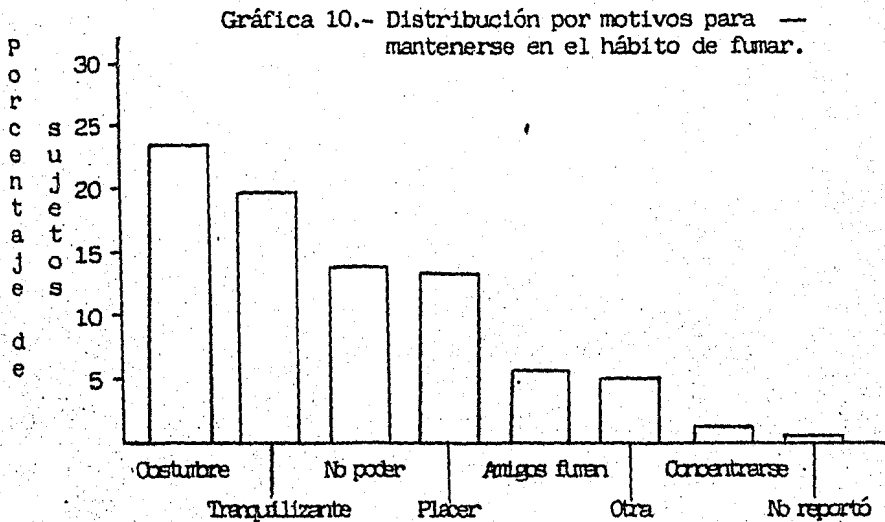
No comprar y/o no llevar cigarrros, la "fuerza de voluntad" y la disminución gradual, según lo muestra la gráfica 9, se destacan como los métodos más frecuentemente usados en el intento de abandonar el hábito de fumar.

Gráfica 9.- Distribución por métodos usados en el intento para abandonar el hábito de fumar.

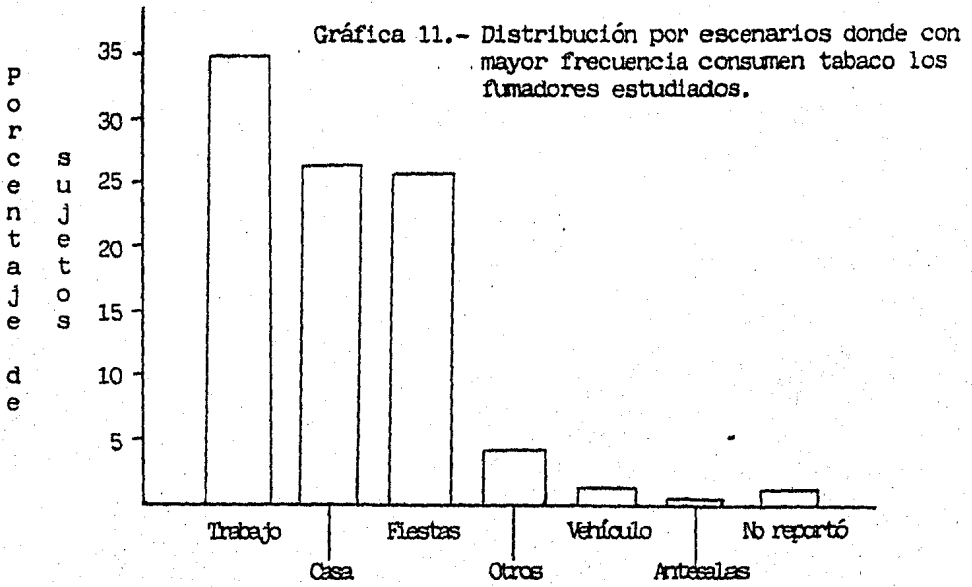
Porcentajes de



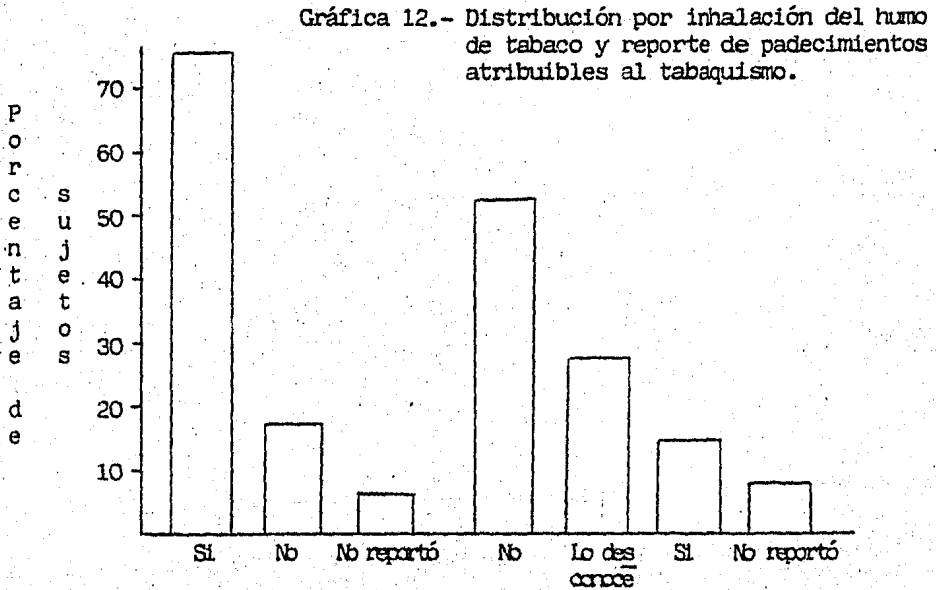
A propósito de las razones por las que hasta el momento de la encuesta - los fumadores refirieron continuar en el hábito, la gráfica 10 permite - observar que la costumbre, para tranquilizarse, por no poder dejar de hacerlo y por placer son las más frecuentemente re- portadas. Estos datos parecen indicar que los sujetos fumaban sin reconocimiento de la frecuencia o intensidad de su hábito.



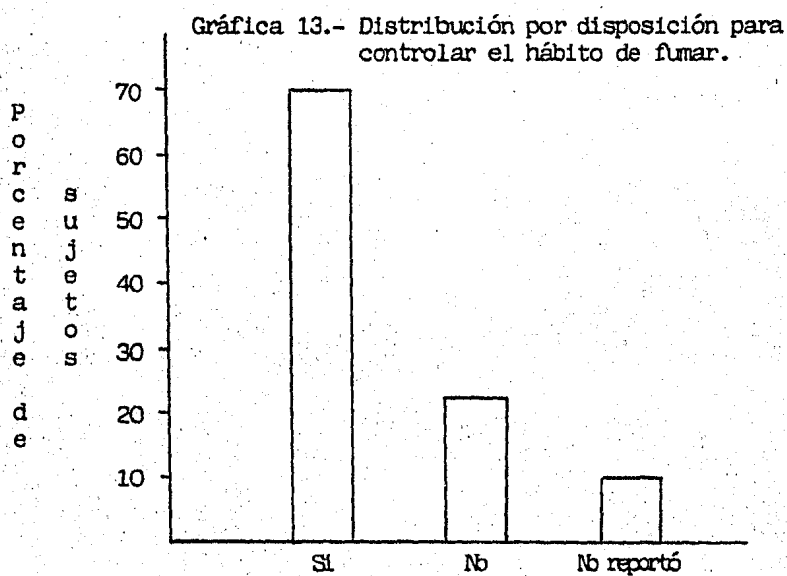
La gráfica 11 indica que son los hogares, las fiestas y los - lugares de trabajo los escenarios en que con mayor frecuencia consumen tabaco los fumadores estudiados. Estos datos llaman la atención con respecto al tabaquismo pasivo, pues esos luga- res generalmente involucran la presencia de otras personas.



La gráfica 12 permite apreciar que poco más de las tres cuartas partes — del grupo de fumadores reportaron "dar el golpe". Más del 50% reportó no padecer alguna enfermedad de tipo respiratorio o cardiovascular que los — sujetos atribuyeran o vincularan con su hábito y más del 25% expresó desconocerlo por completo.



La gráfica 13 muestra que el 71.2% de los fumadores reportaron estar dispuestos a someterse a un tratamiento para aprender a controlar su manera de fumar.



I I I . - D I S C U S I O N

El propósito del presente estudio fue conocer las condiciones psicosociales bajo las cuales ocurre el inicio, mantenimiento y abandono del hábito de fumar.

El mayor porcentaje de los fumadores estudiados refirieron su inicio porque compañeros y/o amigos lo hacían, lo cual sugiere que la presión del grupo y/o la imitación fue un factor determinante del inicio del hábito, hallazgo que coincide con lo planteado por Lichtenstein (1980), acerca del modelamiento.

Un sector de los fumadores consignaron a la "curiosidad" como una de sus principales motivaciones para iniciarse al hábito. La curiosidad es una respuesta que el sujeto emite frente a algún evento, que a pesar de no serle totalmente desconocido, aún no ha experimentado y ante el cual presenta ya una expectativa, de tal manera que cuando el sujeto se encuentra en una situación favorable, es altamente probable que emita una respuesta específica, en este caso la de fumar.

De la misma manera, se pudo corroborar, como lo señala Freixa y Soler-Insa (1982), que es el cigarro la forma de presentación del tabaco que se consume de manera más generalizada.

Otro hallazgo de importancia se refiere a que más de 60% del grupo de fumadores tenía, hasta el momento de la encuesta, más de cinco años de fumar. Si se toma por cierto que la cro

nicidad de un padecimiento se caracteriza, principalmente, - por su duración persistente, en el caso de estos sujetos se puede hablar de tabaquismo crónico.

Los fumadores encuestados expresaron las dos principales razones por las cuales continuaban fumando, destacándose como - la primera, que lo hacían "por costumbre". Esto puede refle-- jar el carácter de automático de la conducta de fumar (Lich-- stein, 1980), y permitir suponer que no presentan un ade-- cuado reconocimiento de la frecuencia con que se emite. La se-- gunda razón expresada fue "para tranquilizarse". En el proceso de modelamiento de nuevas conductas interviene el aprendizaje tanto de situaciones evocadores o que incrementan las probabi-- lidades de ocurrencia de esas conductas y de aquellas que la refuerzan. Si partimos de la suposición que una alta propor-- ción de fumadores ha aprendido a asignar una cualidad tran-- quilizante al tabaco asociándolo con situaciones de conflicto o angustiantes, entonces es posible entender la alta frecuen-- cia de esta respuesta como razón para continuar fumando.

Los principales escenarios en que los sujetos estudiados re-- portaron fumar regularmente fueron: sus casas y lugares de -- trabajo. Dado que estos lugares involucran la presencia de -- otras personas, fumadoras o no, es posible suponer que se les incrementa las probabilidades de padecer alguna enfermedad - vinculada con el hábito de fumar, tal como apuntan Colley y - Leeder en Freixa y Soler-Insa (1982).

Partiendo de la consideración que la conducta humana se integra de respuestas a eventos de su entorno y de su aprendizaje, se asume que el inicio y mantenimiento de la conducta de fumar no obedece a factores internos o a factores externos al sujeto, sino que éstos se hallan en una continua interacción dinámica.

En lo referente a si los fumadores encuestados habían intentado dejar de fumar alguna vez, dos terceras partes de esa muestra respondieron afirmativamente y consiguieron como métodos para lograrlo el empleo de la "fuerza de voluntad" y no comprar y/o no llevar cigarrillos consigo, argumentando que el tabaquismo podría dañar su salud o porque ya presentaban algún problema de salud directamente relacionado con el hábito. Tales estrategias son económicas en función de la inmediata reducción o eliminación de la conducta de fumar, aún cuando esto no sea definitivo.

Resulta particularmente interesante que más del 70% de los fumadores estudiados hayan expresado su disponibilidad para controlar, y eventualmente, abandonar el hábito. La claridad de estos datos puede estimular la instrumentación de programas de salud dirigidos a controlar el hábito de fumar en poblaciones con características semejantes a las de la estudiada.

Dada la naturaleza epidemiológica del presente trabajo estimamos que los objetivos que nos condujeron a su realización fueron satisfactoriamente alcanzados, sin embargo, no quedamos -

exentos de incurrir en algunas imprecisiones metodológicas - que a continuación referimos.

El instrumento utilizado podría haber contenido otros reactivos que ampliaran la información sobre las condiciones psicosociales del hábito de fumar, tales como: si los sujetos fumaban a solas; si habían sido fumadores, que método usaron para abandonar el hábito y las razones que les condujeron a eso; - si eran reincidentes, que razones los indujeron a ello.

Respecto al reactivo 5, que dice: ¿ Anteriormente fumaba usted ?, consideramos que la falta de precisión al plantearse - pudo afectar las respuestas emitidas por los sujetos y que debería incluir el criterio expresado en el DSM-III sobre la tipificación de un sujeto como dependiente o no al tabaco, mencionado en el capítulo uno. Ello nos conduce a estimar que el método de validación del instrumento permitió cubrir los objetivos del estudio, sin embargo, algún otro método podría remediar dicha inexactitud.

Por la característica diagnóstica del instrumento consideramos que podría emplearse en otras investigaciones de tipo actuarial en escenarios diferentes a las clínicas, por ejemplo, en ambientes laborales, escolares, etc., para el diseño y -- aplicación de medidas sanitarias, educativas o re-educativas tendientes a controlar el hábito de fumar.

Asimismo, el instrumento es susceptible de incluir otros reactivos sobre áreas de interés más específicas; por ejemplo, -

aquellos que indaguen posibles características psicológicas - comunes en fumadores o que estén dirigidos a indagar con más profundidad aspectos como la imitación, el manejo social del stress, etc., que se involucran en el inicio y mantenimiento del hábito de fumar.

Juzgamos que la naturaleza diagnóstica del estudio no fué alterada por alguna expectativa en particular, sino que éste se centró en investigar los factores psicosociales que, en común, reportaron los fumadores como propios de su hábito tabáquico. Los hallazgos presentados pueden servir como indicadores de dichos factores para instrumentar estrategias de prevención y tratamiento de tabaquismo en poblaciones con características demográficas similares a las de los sujetos de este estudio.

I V . - B I B L I O G R A F I A

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - III). U.S.A., 1980.
- Balzaretti M., Vergara M., Puente F. Programas terapéuticos para el abandono del hábito tabáquico. II Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1984.
- Castillo-Nava J. Introducción a la Neumología. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1981.
- Daube M. Procedimientos y medios legales para el control del tabaquismo. Boletín O.P.S. U.S.A., 1980.
- Evans R., Smith C., Raines B. Deterring cigarette smoking in adolescents: A psycho-social-behavioral analysis of a intervention strategy. U.S.A. En preparación.
- Evans R. y cols. Deterring the onset of smoking in children: knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressures, media pressures and parent modeling. Journal of Applied Social Psychology. U.S.A., 1978.
- Evans R., Raines B. Control and Prevention of smoking in adolescents: a psycho-social perspective. Academic Press. U.S.A. En preparación.
- Evans R. A social inoculation strategy to deter smoking in adolescents. Matarazzo J., Weiss S., Herd J. (Eds.) U.S.A., 1983. En preparación.
- Freixa F., Soler-Insa P. Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. España. Edit. Fontanela. 1981.
- Gray N., Daube M. Pautas para el control del tabaquismo. Serie de informes técnicos U.I.C.C., 52. Argentina. 1980.

- Heman A., Herrera F. Estudio comparativo y aplicación de técnicas de auto control en la modificación de la conducta de fumar. Tesis de licenciatura. México. Facultad de Psicología, U.N.A.M. 1979.
- Holland W., Matthews H. El enemigo número uno del pulmón. Boletín O.P.S. U.S.A. 1980.
- Instituto Nacional del Consumidor. Reporte mensual de gastos por publicidad. México. 1983.
- Jacobson E. Aprenda a relajarse. México. Edit. Diana. 1976.
- Jacobson E. Progressive relaxation. U.S.A. Edit. Chicago Press. 1938.
- Joly A. Encuesta sobre el hábito de fumar en América Latina. Boletín O.P.S., 362. U.S.A. 1977.
- Kerlinger F. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. México. Edit. Interamericana, 1981.
- Lichtenstein E., Brown R. Smoking cessation methods; review and recommendations. The addictive behaviors. U.S.A. Pergamon press, 1980.
- Mahler H. El tabaco: amenaza para la salud. Boletín O.P.S. U.S.A., 1980.
- McGinnis M. Taller Internacional: "La salud y el control del Hábito de Fumar", U.I.C.C. México, 1983.
- Miller R., Muñoz I. How to control your drinking. U.S.A. Edit. Prentice - Hall, 1976.
- Pegueros C., Turrubiates A. Un estudio exploratorio sobre la conducta de fumar. Tesis de licenciatura. México. Facultad de Psicología, -- U.N.A.M., 1980.
- Puente F., Balzaretto M., de la Teja N. Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual. Revista -- Salud Mental. 7. México, 1984.

- Puente F. Evaluación de los efectos del uso de la goma de mascar con nicotina y vitamina C como sustituto de fumar en cuatro grupos de tratamiento. Estudio exploratorio y evaluativo. XXIII Congreso Internacional de Psicología. México, 1984.
- Rodríguez G. El autocontrol, una clave preventiva del inventario de cada uno. Comunidad CONACyT. 116. México, 1980.
- Russell H. The smoking habit and its classification. The practitioner. -- 212. U.S.A., 1974.
- Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos. Comportamiento de la producción nacional de tabaco. Revista Econotécnica Agrícola. V. México, 1982.
- Siegel S. Estadística no paramétrica. México. Edit. Trillas. 1980.
- Sinzinger H. Tobacco hazards for non-smokers. International Health Magazine. 1. England, 1983.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ley General de Salud. S.S.A. México 1984.
- Watson D., Tharp R. Self-directed behavior. U.S.A. Wadsworth publishing Co. U.S.A., 1972.
- Wolpe J. Práctica de la terapia de la conducta. México. Edit. Trillas. - 1977.
- Wolpe J. Psicoterapia por inhibición recíproca. España. Edit. Descleé -- de Brower. 1978.

A P E N D I C E

A P E N D I C E I

CUESTIONARIO DE DETECCION DE TABAQUISMO

INSTRUCCIONES:

A CONTINUACION SE LE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS CON EL PROPOSITO DE INVESTIGAR SU HABITO TABAQUICO

MARQUE CON UNA "X" LA (S) RESPUESTA (S) QUE DESCRIBAN FIELMENTE SU HABITO.

DATOS GENERALES:

1. MARQUE EL RANGO EN EL CUAL SE ENCUENTRA COMPRENDIDA SU EDAD:

- Menos de 15 años.....(1)
- De 16 a 25 años.....(2)
- De 26 a 35 años.....(3)
- De 36 a 45 años.....(4)
- De 46 a 55 años.....(5)
- De 56 años o más.....(6)

2. ¿A QUE SEXO PERTENECE?

- Masculino.....(1)
- Femenino.....(2)

3. MARQUE SOLO LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE DESEMPEÑE:

- Ama de casa.....(1)
- Estudiante.....(2)
- Obrero.....(3)
- Empleado.....(4)
- Técnico.....(5)
- Profesionista.....(6)
- Otra.....(7)

4. MARQUE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD MAS ELEVADO QUE HAYA ALCANZADO:

- Sin instrucción.....(1)
- Primaria.....(2)
- Secundaria.....(3)
- Medio Superior.....(4)
- Técnico.....(5)
- Comercio.....(6)
- Profesional.....(7)

5. ¿ANTERIORMENTE FUMABA USTED?

- Si.....(1)
- No.....(2)

SI SU RESPUESTA ES "NO" EL CUESTIONARIO HA FINALIZADO PARA USTED LE AGRADECEMOS SU COOPERACION
EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA "SI" CONTINUE RESPONDIENDO

7. ¿QUE FUMA?

- Cigarrillos.....(1)
- Otros.....(2)

8. ¿QUE CANTIDAD CONSUME DIARIAMENTE?

- Hasta 5.....(1)
- De 6 a 10.....(2)
- De 11 a 15.....(3)
- De 16 a 20.....(4)
- De 21 a 25.....(5)
- De 26 a 30.....(6)
- Más de 30.....(7)

9. ¿CUANTOS AÑOS TIENE DE FUMAR?

- Hasta 5(1)
- De 6 a 10(2)
- De 11 a 15(3)
- De 16 a 20(4)
- De 21 a 25(5)
- Más de 25(6)

10. ¿CUALES FUERON SUS DOS PRINCIPALES RAZONES PARA COMENZAR A FUMAR?

- Porque en su familia alguien fumaba(1)
- Porque sus compañeros y/o amigos lo hacían(2)
- Por curiosidad(3)
- Para tranquilizarse(4)
- Para parecer adulto(5)
- Otras(6)

11. ¿HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR ALGUNA VEZ?

- SI(1)
- NO(2)

12. SI LAS TIENE, MENCIONE DOS RAZONES POR LAS CUALES HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR:

- Por considerarlo dañino(1)
- Por presentar problemas de salud(2)
- Por aburrimiento(3)
- Por afectar su economía(4)
- Otros(5)

13. ¿QUE METODO USO? MENCIONE COMO MAXIMO 2

- Suspensión abrupta.....(1)
- Disminución gradual.....(2)
- Fuerza de voluntad.....(3)
- No comprar y/o no llevar cigarros.....(4)
- Otro.....(5)

14. ¿CUALES SON LAS DOS PRINCIPALES RAZONES POR LAS QUE ACTUAL-
MENTE FUMA?

- Por costumbre.....(1)
- Porque no puede dejar de hacerlo.....(2)
- Para tranquilizarse.....(3)
- Porque siente placer.....(4)
- Para poder concentrarse.....(5)
- Porque sus amigos y/o compañeros lo hacen(6)
- Otras.....(7)

15. ¿EN QUE LUGARES FUMA REGULARMENTE? MARQUE UN MAXIMO DE 2

- En su casa.....(1)
- En su lugar de trabajo.....(2)
- En fiestas.....(3)
- En el coche o autobús.....(4)
- En salas de espera.....(5)
- En otros lugares.....(6)

16. ¿CUANDO FUMA, GENERALMENTE "DA EL GOLPE"?

- Si.....(1)
- No.....(2)

17. ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO RESPIRATORIO
O CARDIOVASCULAR RELACIONADA CON SU HABITO DE FUMAR?

Si (1)

No (2)

Lo desconoce (3)

18. ¿ESTARIA DISPUESTO A SOMETERSE A UN TRATAMIENTO PARA APREN -
DER A CONTROLAR SU MANERA DE FUMAR?

Si (1)

No (2)

QUEDE USTED SEGURO QUE LA INFORMACION QUE HA PROPORCIONADO SERA
DE GRAN UTILIDAD PARA LOS FINES DE ESTA INVESTIGACION

G R A C I A S.