

01962⁵24



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

División de Estudios de Posgrado

TABAQUISMO Y PERSONALIDAD

T E S I S

Que para obtener el Grado de

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

(PSICOLOGIA CLINICA)

p r e s e n t a

Yolanda Graciela del Socorro Fajardo Ponce

DIRECTOR DE TESIS: DRA. ISABEL REYES LAGUNES

COMITE DE TESIS: MTRD. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO

DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO

MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS

MEXICO, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

5
01962²⁴



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

TABAQUISMO Y PERSONALIDAD

T E S I S
Que para obtener el Grado de
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
(PSICOLOGIA CLINICA)

p r e s e n t a
Yolanda Graciela del Socorro Fajardo Ponce

DIRECTOR DE TESIS: DRA. ISABEL REYES LAGONES
COORTE DE TESIS: MTRA. BERNABE ROMANDEZ TALLO
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUE
MTRA. FAYTE ESCOBEL ANCONA
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS

MEXICO, D. F.

1993

tabaquismo y personalidad

psic. yolanda fajardo ponce.
mtria. psicología clínica.

AGRADECIMIENTOS:

A la DRA. ISABEL REYES LAGUNES.
Con todo mi respeto y admiración,
por su valioso asesoramiento, dirección,
entusiasmo y tiempo dedicado a la elaboración
de esta tesis.

Al comité de tesis:
MTRO. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO.
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO.

A los sinodales:
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA.
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS.

A la Unidad de Estudios de Posgrado
en Psicología, de la Universidad Nacional
Autónoma de México.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
(I.N.E.R.)

y a la Clínica de Tabaquismo.
(I.N.E.R.)

En especial a:

DR. J. PEREZ-NERIA.

PSIC. MONICA MENDEZ GUERRA.

DR. EDUARDO HERNANDEZ.

Por su interés, apoyo y facilidades prestadas
en la investigación de la presente tesis.

A mi esposo,
Gerardo,
por su amor, apoyo y comprensión.

A mis padres,
Arturo y Yolanda,
por su apoyo y cariño que me han brindado siempre.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1.

pág.
11.

TABAQUISMO: TENDENCIAS Y CONSECUENCIAS.

1.1 TENDENCIAS MUNDIALES ACTUALES EN EL USO DEL TABACO.	
1.2 TENDENCIAS EN MEXICO ACTUALES EN EL USO DEL TABACO.	19.
1.3 EL USO DEL TABACO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.	29.
1.4 PROBLEMAS DE SALUD OCASIONADOS POR EL TABACO.	33.
A. ENFERMEDADES NEOPLASICAS.	33.
a) CANCER PULMONAR.	
b) CANCER DE LARINGE.	
c) CANCER DE BOCA.	
d) CANCER DE ESOFAGO.	
e) CANCER DE VEJIGA.	
f) CANCER DE PANCREAS.	
B. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA.	35.
C. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.	36.
a) ENFERMEDAD CORONARIA.	
b) ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR.	
c) ENFERMEDAD OCLUSIVA ARTERIAL-PERIFERICA.	
D. ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL.	38.
E. EFECTOS PERINATALES.	38.

CAPITULO 2.

pág.
40.

INICIO Y MANTENIMIENTO DEL HABITO TABAQUICO.

2.1. GRUPOS DE FUMADORES.

46.

- a) PSICOSOCIAL.
- b) SENSORIO-MOTOR.
- c) POR INDULGENCIA.
- d) TRANQUILIZANTE.
- e) ESTIMULANTE.
- f) ADICTIVO.
- g) AUTOMATICO.

CAPITULO 3.

51.

PERSONALIDAD.

3.1 SIGNIFICADO DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

51.

3.2 PARADIGMAS EN LOS QUE SE PUEDEN AGRUPAR LAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

53.

- a) PSICOANALITICO.
- b) SOCIOCULTURAL.
- c) DE APRENDIZAJE.
- d) EXISTENCIAL-HUMANISTICO.
- e) FACTORIALISTA.

3.3 TEORIA DE LA PERSONALIDAD DE EYSENCK.	pág. 73.
3.3.1. DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD.	75.
3.3.2. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.	78.
3.4 PERSONALIDAD Y TABAQUISMO.	84.
 CAPITULO 4.	 93.
METODO.	
 CAPITULO 5.	 104.
RESULTADOS.	
 CAPITULO 6.	 150.
DISCUSION Y CONCLUSIONES.	

RESUMEN.

Este estudio se llevó a cabo con el fin de investigar si ciertos factores de personalidad distinguen a los fumadores de los no fumadores; se relacionan con los motivos de mantenimiento; se relacionan con el número de cigarros fumados al día.

Se estudiaron 312 participantes formando dos grupos: el grupo de los fumadores (GF), y el grupo de los no fumadores (GNF). Para ambos grupos se extrajeron datos sociodemográficos y del hábito tabáquico y se aplicó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE). A el GF también se le aplicó el Cuestionario de motivos de mantenimiento del tabaquismo de Russell.

El GF estuvo compuesto por pacientes que ingresaron a la Clínica de Tabaquismo del INER de 1981 a 1986. De 870 expedientes se obtuvieron 150 sujetos (75 hombres y 75 mujeres) al azar.

El GNF estuvo compuesto por 162 sujetos (80 hombres y 82 mujeres) que en un 82.1% nunca había fumado y el 17.9% restante, hacía cinco años que había dejado totalmente el cigarro.

Se analizaron los reactivos del CPE y se encontró que algunos de ellos no discriminaban.

De acuerdo a nuestros resultados encontramos que existen cuando menos dos factores involucrados con el inicio de la conducta de fumar, que son la influencia de los compañeros y el tabaquismo de los padres.

Se encontró que los fumadores son más impulsivos, tienen más rasgos ansioso-depresivos y justifican su hábito a través de estímulos y reforzadores sociales.

La única diferencia importante entre hombres y mujeres fué que la media de impulsividad de los primeros fué mayor que la de las segundas y que los hombres fumaron más que las mujeres.

En cuanto a los motivos de mantenimiento encontramos que las mujeres y los hombres fuman por las mismas razones y que los motivos de "necesidad" y de "hábito" se relacionan con el número de cigarros fumados al día.

Nuestros resultados apoyan la idea de que el fumador se asocia con características de personalidad y características psicosociales que pueden ser importantes para el manejo eficaz del hábito tabáquico.

INTRODUCCION

En la actualidad se considera al tabaquismo como una conducta adictiva, no menos importante que la provocada por otras sustancias con propiedades o potencial adictivo como la marihuana y la cocaína.

El uso del tabaco constituye un problema importante multifacético que repercute en la salud y en la economía de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (1993) el fumar es una de las causas más importantes de muerte y enfermedad en la sociedad contemporánea que puede prevenirse.

Las pérdidas de vida, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos sociales y económicos y la clasificación como problema epidémico que empieza a gestarse en edades tempranas en la mayoría de los grupos sociales, así como el encuadramiento del tabaquismo en el terreno de las adicciones, ha dado pautas de acción y alerta en muchos países, por conducto de las Organizaciones médicas internacionales -entre ellas la Organización Mundial de la Salud- para que se actúe pronta y decididamente en el combate del tabaquismo.

En México fué presentado en 1986 la formulación del Programa contra el tabaquismo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias cuyo antecedente fue el anteproyecto coordinado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1985, en el cual se ataca el problema desde cuatro puntos de vista diferentes: Salud, Educación, Legislación e Investigación.

Dentro del campo de investigación deben ser tomados en cuenta los aspectos médicos y psicológicos del hábito tabáquico. El investigar los segundos resulta de gran interés ya que ayuda a explicar el porqué una persona se inicia en el hábito de fumar, cómo es que la persona se mantiene y cómo es que la mayoría o al menos una parte importante de fumadores, no puede dejar el cigarro aunque así lo desee.

Se ha pensado que existen características de personalidad que influyen en el hábito tabáquico y un gran número de estudios muestran que ciertos factores de personalidad distinguen a los fumadores de los no fumadores (Nirmaia y Swaminathan, 1985; Knorring y Oreland, 1985; Imperato y Mitchell, 1986; Patil y Chengti, 1987; Lyvers y Boyd y Maltzman, 1987; Gilbert, 1988; Ketterer y Maercklein, 1992; Forgays y Bonaiuto y Wrzesniewski y Forgays, 1993;

Foreyt y Jackson y Squires y Hartuns y Murray y Gotto, 1993; Pritchard, 1991 y 1993; .

La idea de que los fumadores son más extrovertidos fué introducida por Eysenck (1960), que sostiene que los extrovertidos tienen una clase de "hambre de estímulos", de ahí su preferencia al café, alcohol, comida condimentada y a que tienen conductas impulsivas.

El punto de vista de Eysenck de los factores de personalidad ha sido estudiado con gran interés en diferentes países y ha habido diversos intentos de derivar clasificaciones multidimensionales de las razones de fumar.

Una de estas clasificaciones que ha sido ampliamente utilizada es la de Russell y Peto y Patel en 1974, quienes por medio del análisis factorial han dividido a las razones para fumar en dos principales dimensiones descritas: farmacológicas y socio-psicológicas. Se implica que las primeras se relacionan con una verdadera dependencia a los efectos farmacológicos a la nicotina, en tanto que la segunda se refiere a los factores no farmacológicos tales como las cualidades sensoriales de fumar o las consecuencias sociales.

Dada la teoría de Eysenck de extroversión-tabaquismo y la clasificación de Russell de las razones para fumar, podemos suponer que el grado de extroversión de los fumadores se relaciona con el grado de su adicción farmacológica debido a su gran búsqueda de estimulación, suponemos también que al tener mayor adicción farmacológica, se tendrá mayor dificultad para dejar de fumar.

De igual manera, podemos suponer que los fumadores farmacológicos tenderán a fumar cigarrillos con un contenido más alto de nicotina.

En México se tiene poca información acerca de la relación de personalidad con el tabaquismo y los motivos de fumar. Por ello, es de sumo interés investigar si existen o no diferencias de personalidad entre fumadores y no fumadores, analizar los motivos que mantienen a los fumadores y con base en las conclusiones idear posteriormente programas a nivel preventivo, educativo y clínico para contribuir al control del tabaquismo.

CAPITULO 1.

TABAQUISMO: TENDENCIAS Y CONSECUENCIAS.

1.1. TENDENCIAS MUNDIALES ACTUALES EN EL USO DEL TABACO.

El tabaco es originario de América y existe evidencia científica que indica que la costumbre de fumar y de mascar tabaco fue primero practicada por los nativos americanos para propósitos rituales y medicinales (Robicsek, 1978). El uso de los productos del tabaco se difundió rápidamente en todo el mundo después de la introducción del tabaco a Inglaterra por Sir Walter Raleigh a finales del siglo XVI (Eckholm, 1978). Originalmente era un lujo que no todos podían tener, el uso del cigarro se volvió alcanzable para las masas con la invención de las máquinas de cigarros hace aproximadamente 100 años (Clairmonte, 1979) y el consumo mundial de éstos se ha incrementado dramáticamente a partir de entonces.

La adicción a fumar se ha expandido como una epidemia a través de todo el mundo. Comenzó como un fenómeno predominantemente en los hombres de los países industrializados y ahora es practicado por las mujeres y gente joven de esos países y en los países en desarrollo, en donde el cigarro es actualmente, la forma predominante del uso del tabaco.

Las formas indígenas de su uso para fumarse o masticarse están también siendo difundidas en muchos países en desarrollo, en donde los materiales fumados o masticados son generalmente aún más nocivos que aquellos usados en los países desarrollados y contienen niveles más altos de componentes tóxicos, particularmente de nicotina y alquitrán (Stebbins, 1987).

Tales hábitos indígenas de fumar tabaco y masticarlo causan una incidencia de enfermedades como el cáncer oral e infecciones respiratorias no conocidas en los países industrializados.

Las condiciones de vivienda y medio ambiente pobres, la desnutrición, la ausencia o inadecuación de las medidas legislativas del control y uso del tabaco y la falta de información pública acerca de los daños que produce el tabaquismo, hace a la gente de los países en desarrollo, especialmente susceptible a epidemias futuras de enfermedades relacionadas con el tabaco (OMS, 1985).

Actualmente cerca de un billón de gente fuma. Se estima que el 50% de todos los hombres y el 5% de las mujeres en el mundo (Crofton, 1984), consumiendo casi 5 trillones de cigarros por año (Chandler, 1986).

El decremento de fumadores en los países industrializados está compensado por el rápido crecimiento de la población de los países en desarrollo. Esto ha fomentado el incremento de la demanda de cigarros (OMS, 1985). El consumo per cápita aumentó en Kenia un 32% entre 1970 y 1980, y en Latinoamérica un 24%, comparado con sólo un 4 % en Estados Unidos. El consumo de tabaco entre 1976 y 1980 se incrementó un 5% en Indonesia y Malasia, 3% en Brasil, 6% en Turquía, en tanto que decreció en muchos países desarrollados, como por ejemplo, 7% en Francia y 2 % en Estados Unidos (OMS, 1985).

En todo el mundo el consumo del tabaco se ha incrementado en un 75% en los últimos 20 años (Chandler, 1986), y lo que gastan los consumidores de todo el mundo en cigarros se dice que es equivalente a una cuarta parte del gasto militar global (Eckholm, 1978). China, con el 20% de la población mundial, contribuye en un 25% del consumo total (Chandler, 1986). Estados Unidos (con cerca del 6% de la población mundial) es el segundo mayor consumidor de tabaco (15% del consumo total), y Japón es el tercero (Eckholm, 1978). Los países del tercer mundo tienen un 54% de la población mundial y consumen cerca del 25% del tabaco mundial (Chandler, 1986).

En un estudio más reciente, (Chapman, 1992), se analizaron los cambios en el consumo de cigarro por cada individuo, en 128 países entre 1986 y 1990. El consumo de cigarros de los adultos decreció en 93 de los 128 países (73%). Se elevó en 31 (24%) y permaneció inalterable en cuatro (entre ellos México). En los países en que decreció están incluidos aquellos en los que se han implementado programas de control del tabaco, como Singapur y Canadá (en ambos la reducción fue de un 20%), y Nueva Zelanda y Suiza (ambos con una reducción del 12%). Aquellos países que experimentaron una elevación en el consumo en los últimos 5 años fueron China (21%), Tailandia (24%) y el Sur de Korea (13%).

La Organización Panamericana de la Salud (1992) estudió la prevalencia del tabaquismo en América Latina y el Caribe. Concluye que se conocen cuatro factores sociodemográficos fundamentales que han facilitado el inicio del tabaquismo entre la población de América Latina y el Caribe.

Comprenden:

- el crecimiento de los grupos con tendencia a fumar
- la difusión de un estilo de vida urbano
- el mayor acceso a la educación

- la participación de la mujer en la población económicamente activa.

No existe, como norma, una vigilancia sistematizada de la prevalencia del tabaquismo en América Latina. Sólo ahora empieza a desarrollarse series temporales uniformes y una metodología homogénea para la obtención de datos.

Muy pocos de los resultados de las casi 150 encuestas que se han analizado en América Latina (OPS, 1992), se han publicado formalmente; por otra parte, las encuestas difieren mucho en su estrategia de muestreo, población investigada, método de ponderación y ajuste y formato de notificación. También muestra grandes diferencias en cuanto a la definición de las distintas categorías de fumadores (por ejemplo, fumadores excesivos o moderados, adictos u ocasionales, actuales o antiguos). En general, estas encuestas proporcionan las tasas de prevalencia bruta del grupo estudiado (el número de fumadores dividido entre el número de personas encuestadas) y en algunas los resultados se distribuyen por edad, sexo, grupo étnico, lugar de residencia y ocupación. La comparación de los datos de prevalencia entre países o entre grupos dentro de un mismo país es difícil, y las únicas estadísticas descriptivas al respecto son las distribuciones y medianas (OPS, 1992).

La Organización Panamericana de Salud en 1971 estudió la prevalencia del tabaquismo en 8 ciudades de América Latina, entre ellas, México (Cuadro 1, v.pág.14) y encontró que aunque la prevalencia del tabaquismo fue menor en las mujeres que en los hombres en todas las ciudades estudiadas, la diferencia fue menos patente en las áreas de mayor consumo global. En casi todas partes, la prevalencia entre las mujeres con un nivel de escolaridad superior al de la escuela secundaria era casi dos veces mayor que entre las mujeres que no habían asistido a la escuela -signo evidente de que la educación puede haber servido para la creación de la demanda, más que para el conocimiento del riesgo. Sin embargo, la incidencia del abandono de la adicción era también mayor entre las mujeres más educadas que entre los hombres de igual escolaridad, lo que sugiere la influencia simultánea de varios factores.

Una encuesta internacional más reciente en América Latina, fué la realizada por la Organización Gallup en 1988 en 12 países (Cuadro 2, v.pág.15). En este cuadro se puede observar que el número de ex-fumadores aumentó en comparación con 1971 (Cuadro 1, v.pág.14).

Una comparación de la proporción hombres-mujeres en la prevalencia del tabaquismo en siete países de América Latina, de acuerdo a los años de 1971 y 1988, se resume en el Cuadro 3 (v.pág.16).

Cuadro 1. Prevalencia del consumo de cigarrillos (%) entre personas de 15 a 74 años de edad en ocho ciudades* de América Latina, ajustada según edad y sexo, + 1971. Tomado de OPS, 1992, p.72

Ciudad	Total		Hombres		Mujeres	
	Fumadores	Exfumadores	Fumadores	Exfumadores	Fumadores	Exfumadores
La Plata, Argentina	40	8	58	13	26	5
Sao Paulo, Brasil	37	4	54	10	26	3
Bogotá, Colombia	36	7	52	7	24	3
Caracas, Venezuela	36	8	49	5	21	2
Santiago, Chile	35	5	47	10	20	4
Ciudad de México, México	30	5	45	8	17	3
Guatemala, Guatemala	22	6	36	11	10	9
Lima, Perú	21	4	34	7	7	1

Fuente: Joly (1977).

*Por orden de prevalencia de los fumadores

+Ajustado por el método directo, basado en la distribución por edades de los encuestados.

Cuadro 2. Prevalencia del tabaquismo(%) en 12 países de América Latina, 1988.
Tomado de OPS, 1992, p.74.

País	Total		Hombres		Mujeres	
	Fumadores	Exfumadores	Fumadores	Exfumadores	Fumadores	Exfumadores
Chile	39	14	41	17	31	11
Uruguay	32	16	44	25	23	9
Colombia	28	16	37	21	18	11
Costa Rica	28	16	35	23	20	10
Perú	22	12	28	19	17	6
Brasil	38	12	40	18	36	6
Equador	27	7	39	10	16	5
México	27	10	37	13	17	6
Argentina	35	17	43	25	27	9
Honduras	24	15	36	19	11	12
El Salvador	25	8	38	10	12	5
Venezuela	27	15	32	21	23	11

Fuente: Gallup Organization (1988)

Cuadro 3. Proporción hombres-mujeres en la prevalencia del tabaquismo en siete países de América Latina, 1971 y 1988.
Tomado de OPS, 1992, p.74.

País	1971	1988
Argentina	2,4	1,6
Brasil	2,7	1,1
Colombia	2,5	2,1
Chile	1,8	1,3
México	2,7	2,2
Perú	5,3	1,6
Venezuela.	1,8	1,4

Fuente: Joly (1977);Gallup Organization (1988)

En el reporte de la OPS (1992), se concluye que la prevalencia mediana del tabaquismo en América Latina y el Caribe es de 37% en los hombres y de 20% en las mujeres. Existen, sin embargo, grandes diferencias entre estos países; en algunos la prevalencia alcanza valores de 50% o más (Colombia; Lima, Perú; Puerto Alegre, Brasil; Guatemala, República Dominicana, Panamá) y en otros es inferior a 10% (Mujeres de: Nicaragua; Panamá; Bahamas; Jamaica; Trinidad y Tabago; Islas Vírgenes). En general, la prevalencia es mayor en los núcleos urbanos de las naciones más desarrolladas y es más alta entre los hombres que entre las mujeres.

También se concluye que la iniciación del consumo de tabaco supera el 30% en determinados núcleos urbanos.

La epidemia de tabaquismo en América Latina y el Caribe todavía no es de larga duración ni de gran intensidad, y la carga de mortalidad impuesta por el tabaquismo es menor que la de Norteamérica. Se calcula que alrededor de 1985 se producían, como mínimo, 526 mil defunciones anuales por esta causa en todos los países de las Américas en conjunto, y que 100 mil de ellas tenían lugar en los países de América Latina y el Caribe (OPS, 1992).

Respecto a Europa, uno de los países en los que se ha visto un decremento del consumo de cigarrillos es España. En 1960 el consumo de tabaco por persona era de 1.517 cigarrillos al año. En 1985, se alcanzaron los 2.684 cigarrillos al año, para bajar ligeramente en 1988 a 2.527 (Carreto, 1991).

En Andalucía, datos de tres encuestas realizadas entre los años de 1987 y 1990 revelan que el número de fumadores descendió. La proporción de fumadores diarios era en 1987 del 44%. Dos años más tarde, el porcentaje era del 40%. Por último, la encuesta de 1990 muestra una disminución similar, situando la proporción de fumadores en el 36% de la población mayor de 15 años.

En este mismo país se ha producido un cambio en la proporción de ex-fumadores: el 13% en 1990, frente al 8% en 1987. Entre los factores que pueden estar influyendo en este descenso del consumo del tabaco están las iniciativas tomadas en el contexto internacional y nacional, así como en el ámbito de Andalucía.

En el contexto internacional, hay que resaltar tanto los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de la Comunidad Europea para reducir el consumo del tabaco. Entre las medidas más importantes tomadas en Andalucía está el real decreto 198/88 sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco.

En Andalucía, pese a estos datos, el tabaquismo sigue siendo un problema de primera magnitud, pues uno de cada tres andaluces fuma diariamente (Rayo, 1991).

Se han tomado diversas medidas contra el tabaquismo en varios países. En 13 naciones europeas se restringe el fumar en los lugares de trabajo. La ministra de Salud de Noruega, Tave S. Gerhardesen, aseguró que la legislación al tabaco en su país ha contribuido de forma insólita al éxito de la lucha contra el tabaco. Noruega es uno de los países menos fumadores del continente (Lorant, 1989).

En Finlandia, uno de los países que comenzó las políticas de legislación y orientación de la salud respecto al tabaco, se encontró que la forma más efectiva para el control de tabaco es el cambio en las actitudes de los adolescentes y las medidas tomadas hacia este problema en las escuelas (Rimpela, 1992).

Así pues, resumiendo, las tendencias mundiales del consumo de tabaco dejan ver que el tabaquismo es un problema de salud con alta prevalencia en el mundo y aunque en algunos países su consumo ha disminuido, sigue siendo un gran problema, pues en general, casi la tercera parte de la población fuma.

Aunque prevalecen los hombres fumadores, se observa una tendencia de mayor consumo en las mujeres.

La educación, la difusión de un estilo de vida urbano y las condiciones socioeconómicas de los países en desarrollo, parecen ser factores importantes en el tabaquismo.

En los países en que ha disminuido su consumo se han implementado programas de control del tabaco y parece ser que una forma efectiva de su control, es el cambio en las actitudes de los adolescentes y las medidas tomadas hacia este problema en las escuelas.

CAPITULO 1.

TABAQUISMO. TENDENCIAS Y CONSECUENCIAS.

1.2 TENDENCIAS EN MEXICO ACTUALES EN EL USO DEL TABACO.

El problema del tabaquismo ha sido reconocido mundialmente y en México se han realizado diversas investigaciones acerca de este hábito, en diferentes poblaciones.

Al resumirlas y de acuerdo a las fechas en que fueron elaboradas tenemos lo siguiente:

En 1971 de acuerdo a estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, el 44 % de la población masculina del país y el 16.5% de la femenina eran fumadores (OPS, 1977), lo que indica una gran prevalencia de tabaquismo en los hombres.

En 1980, en un estudio realizado en una población estudiantil de 14 a 18 años de nivel medio y medio superior, el 47% de los estudiantes reportó fumar ocasionalmente y el 23% de manera regular (Castro y Maya y Aguilar, 1982). Estos datos muestran que al menos casi la mitad de los estudiantes de secundaria y preparatoria prueban el tabaco, pudiendo estar en riesgo de adquirir el hábito.

En 1983, investigaciones realizadas en diversas instituciones de salud reportan que entre el 25% y el 37% del personal médico y paramédico son fumadores, el 11% fuma 15 o más cigarrillos; el 50% se inició en el hábito entre los 10 y los 19 años; el 56% había intentado dejar de fumar, sin lograrlo (Noriega y Puente, y De la Garza, 1983). Estos datos indican que a pesar de conocer los daños que el tabaco ocasiona al organismo, la gente sigue fumando.

En 1983 en una encuesta aplicada por el Instituto Nacional del Consumidor a estudiantes fumadores del nivel medio superior, se encontró que el promedio de consumo de cigarrillos por día era de 2.5 y la edad de inicio era entre los 13 y 14 años. Esta misma investigación reportó que la mayoría de los estudiantes han tenido acceso e información acerca de los efectos nocivos que provoca el consumo del tabaco. Aproximadamente el 78% afirmó que el cigarrillo es un tranquilizante durante los exámenes y el 56% consideró que es en la escuela y con los amigos donde se fuma más (Instituto Nacional del Consumidor, 1985). Nuevamente encontramos en estos datos que la información acerca de los daños del tabaco en el organismo, no inhibe el consumirlo.

En 1984 se realizó una encuesta con 180 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Puente, 1984) en la que se encontró que el 37% continuaba fumando a pesar de su enfermedad; 24% informo haber fumado regularmente en el pasado y 39% nunca lo había hecho. Estos datos muestran que la mayoría de los pacientes de consulta externa que acudieron al INER fumaba y posiblemente acudieron por ya sentirse enfermos.

En este mismo año, en un estudio realizado en Petróleos Mexicanos, se reporta que el 40% de trabajadores eran fumadores y 26% ex-fumadores. De los fumadores, 40% habían iniciado su hábito antes de los 20 años y el 41% había intentado dejar de fumar sin éxito (Lara y Balzaretto, 1984), lo que muestra que la mayor parte de los trabajadores de PEMEX tiene o tuvo el hábito tabáquico.

Narváez (1985) realizó una encuesta entre 1680 derechohabientes de 28 clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y encontró que el 23% de las mujeres encuestadas eran fumadoras eventuales y el 61% nunca había fumado. Del grupo de hombres, 41% eran fumadores y el 10% alguna vez había fumado.

En 1988 en un esfuerzo a nivel nacional se realizó una encuesta acerca de sustancias adictivas, entre ellas, el tabaco (Dirección General de Epidemiología, 1990).

La Encuesta Nacional de Adicciones forma parte de la línea de investigación epidemiológica desarrollada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y uno de sus objetivos es tener un diagnóstico actualizado del problema de consumo de sustancias adictivas en México, en lo referente a la extensión del consumo, la identificación de los subgrupos afectados y las tendencias del fenómeno.

Esta encuesta se realizó en una población de 12 a 65 años de edad, residente en las zonas urbanas del país, en 15 mil viviendas visitadas (12,581 entrevistas).

A manera de resumen, a nivel nacional, se encontró que la prevalencia de fumadores entre la población urbana de 12 a 65 años de edad es de 25.8 por ciento y la de ex-fumadores de 21.6. Por sexos la del tabaco se presenta con mayor frecuencia en el masculino, del cual el 38.3% está formado por fumadores y el 26.9% por ex-fumadores, mientras que en las mujeres el 14.4 y el 16.8%, respectivamente, son fumadoras y ex-fumadoras (Figura 1, v.pág.21).

Distribuida la población en grupos de edad, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 18 a 29 años, con el 42.4%. Entre los 30 y 39 años se encontró un 24.7% (Figura 2, v.pág.22).

Figura 1. Población urbana de 12 a 65 años según hábito tabáquico, por sexo. Tomada de Tapia-Conyer, 1990 p.517.

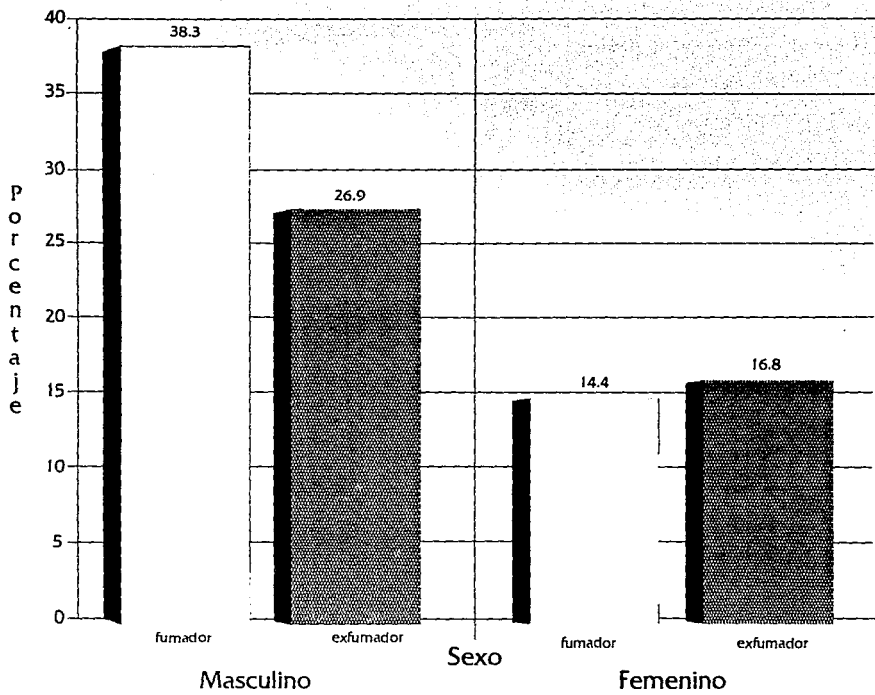
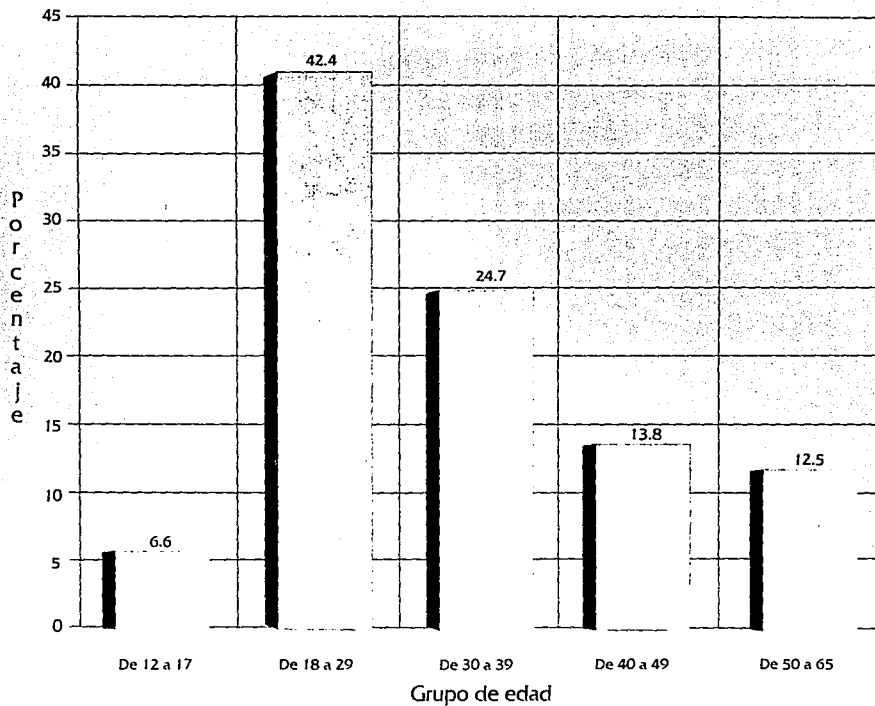


Figura 2. Población fumadora de 12 a 65 años según grupo de edad. Tomada de Tapla-Conyer, 1990 p.517. .



Al evaluar la frecuencia de cigarrillos consumidos por una persona se encontró que el 48.8% de la población que fuma a diario consume de 1 a 5 cigarrillos; el 34.4% de 6 a 15; y el 16.8% son dependientes del tabaco al fumar 16 cigarrillos o más cotidianamente. Vista esta información por sexo, resulta significativo encontrar que los fumadores dependientes casi duplican a su contraparte del sexo femenino con porcentajes de 19.5 y 10.1, respectivamente (Figura 3, v. pág. 24).

Los principales motivos de inicio en el hábito, referidos por los fumadores, son la curiosidad (46.1 por ciento) y el fumar porque las amigas o compañeros lo hacen (34 por ciento).

Se encontró que la edad de inicio en el hábito es temprana puesto que: el 52.1 por ciento de los fumadores inició el hábito antes de los 17 años de edad (36 por ciento antes de los 12 años) y el 42.4 por ciento, entre los 18 y 29 años (Figura 4, v. pág. 25).

En cuanto a las razones para continuar fumando, el 37% lo hace por la costumbre; el 31% por gusto; y el 14.4% como un medio para tranquilizarse.

Las actividades en las cuales los fumadores refieren mayor consumo son, en orden de importancia, asistir a reuniones (35.9%), al terminar de comer (15.3%) y al trabajar (14.8%).

La encuesta mostró que entre el grupo de fumadores se busca con frecuencia abandonar o reducir el hábito, aunque sin éxito; 65% de los fumadores refieren haber intentado fumar menos y el 39.6% ha intentado no fumar, sin conseguirlo; el 32.3% desea fumar menos pero no puede lograrlo; y el 23% fuma, a pesar de conocer indicaciones médicas de no hacerlo.

La población de ex-fumadores esta representa el 21.6 % de la población; por sexo, 26.9% de la población masculina y 16.8 % de la femenina han sido fumadores y han abandonado el hábito.

La causa de abandonar más referida es la decisión personal (34.4 %) y el considerar dañino para la salud el fumar (26%). El 75.8 % de los ex-fumadores abandonó el hábito en forma abrupta.

Es interesante señalar que el 42.5% de la población que no tiene el hábito de fumar es fumadora pasiva en su vivienda.

Figura 3. Población fumadora urbana de 12 a 65 años según cantidad de cigarrillos consumidos a diario. Tomada de Tapla-Correy, 1990, p.518.

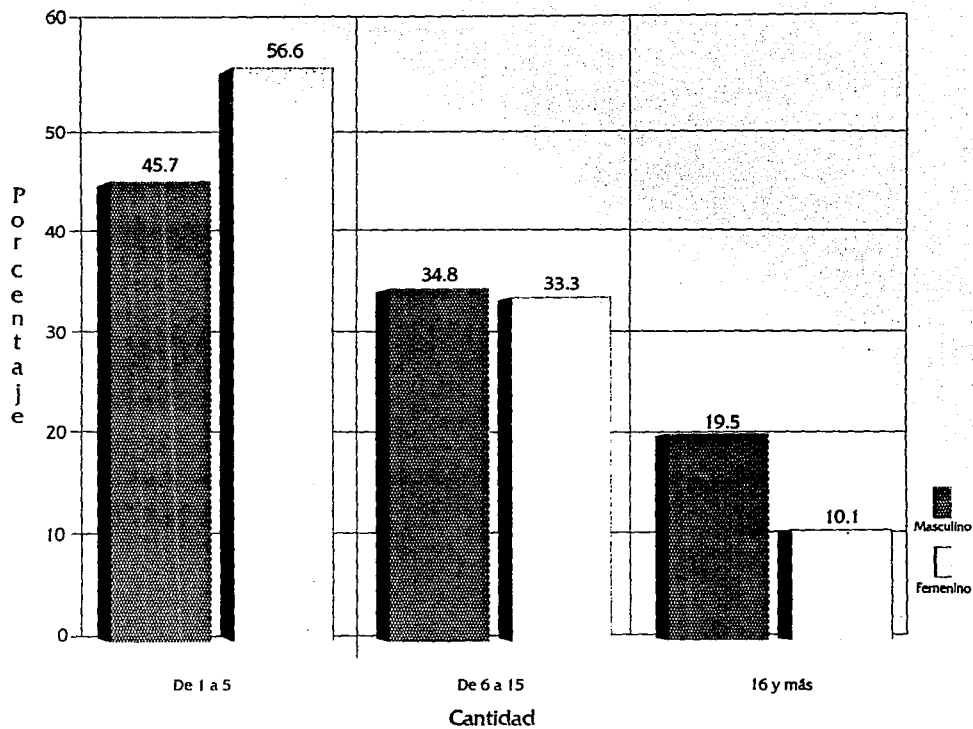
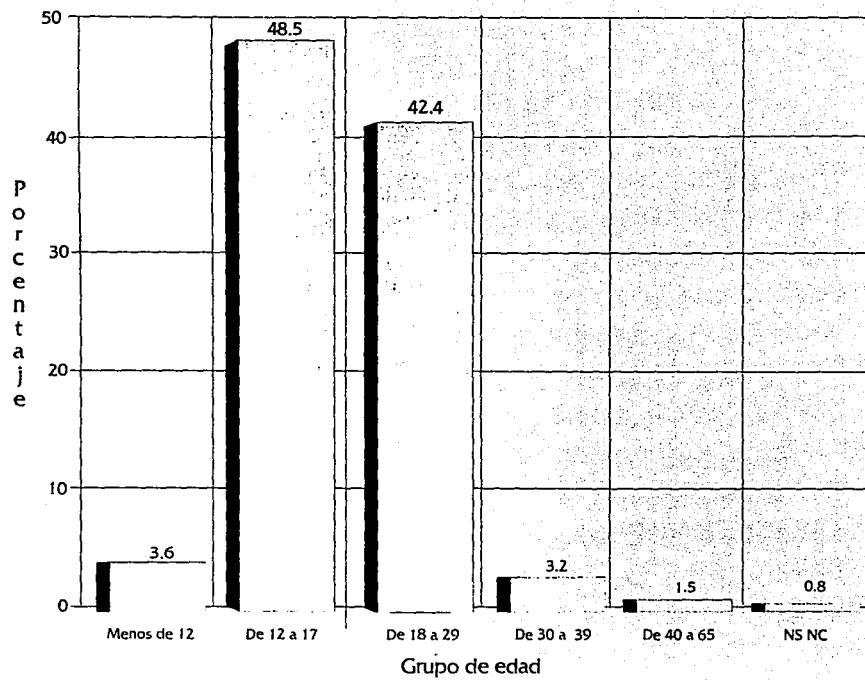


Figura 4. Población fumadora de 12 a 65 años según edad en el hábito. Tomada de Tapla-Conyer, 1990, p.519.



Por regiones, la Ciudad de México es la que tiene la prevalencia de fumadores más alta, de 31.2% y las Regiones Centro Sur y Sur, las prevalencias más bajas, con 22 y 22.8 %, respectivamente.

La Región Noroccidental cuenta con el mayor porcentaje de fumadores dependientes del tabaco, 25.3 % (16 cigarrillos o más al día), mientras que en la Ciudad de México y la Región Centro Sur el 14 % de los fumadores son dependientes.

En la Ciudad de México el 26 % de la población entre 12 y 65 años es ex-fumadora, en tanto que en la Región Sur sólo se observó un 16 %.

La Ciudad de México es la Región con mayor prevalencia de fumadores pasivos en su vivienda, con 47.6 %, en contraste con la Región Sur, en donde el 32.6 % es fumador pasivo.

Tapia-Conyer y colaboradores (1990) en un análisis acerca del hábito de fumar en la Ciudad de México, concluyen que uno de cada tres habitantes de entre 12 y 65 años de edad fuma y se le puede describir como un individuo generalmente del sexo masculino, entre 18 y 29 años de edad, que se inició en el hábito entre los 12 y los 17 años, por curiosidad o por imitación, que consume de manera cotidiana entre 1 y 10 cigarrillos, que tiene una inclinación importante a fumar con mayor intensidad en reuniones sociales y en cantidad directamente proporcional a su consumo de alcohol. Además, se encuentra en una situación laboral activa y continúa en el hábito por costumbre.

Por otro lado, la mujer fumadora que reside en la Ciudad de México es generalmente joven y se inicia en el hábito después de los 15 años, sobre todo si en su familia existen fumadores. Tiene un nivel educativo superior o profesional, fuma cotidianamente entre 1 y 10 cigarrillos y lo hace con mayor intensidad en reuniones sociales. Generalmente no cuenta con empleo económicamente remunerado. La población femenina continúa fumando por costumbre y por gusto. En ella tiene un gran peso para continuar fumando el efecto tranquilizante del hábito. Sin embargo, también influye el hecho de no poder dejar de hacerlo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó en 1971, que aproximadamente la tercera parte de la población adulta en México fumaba cigarrillos. En cambio, el informe de 1992 considera que el tabaquismo en América Latina y el Caribe alcanza el 50% de la población adulta, (OPS, 1992).

Los datos aportados por diversas investigaciones sobre el consumo de tabaco muestran un movimiento ascendente en

las tasas de consumo de la población adolescente (Otero, 1989).

Velázquez (1992), estudió la prevalencia y consumo del tabaco de una población estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F. La población fué de 581 hombres y 482 mujeres de 11 a 18 años de edad. La prevalencia de fumadores de la población fué de 19%, siendo que los hombres (20.48%) presentaron una mayor prevalencia de consumo en comparación con las mujeres (17.43%), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

En cuanto a la edad, las mujeres y los hombres fuman con mayor frecuencia a los 14 años y esta situación tiende a incrementarse de manera proporcional a la edad. En cuanto a la cantidad de cigarrillos a partir de los 14 años, el número mas frecuente de cigarrillos consumidos es de 1 a 5.

Gardida y Martínez y Núñez y Lira (1993) realizaron un estudio transversal en junio de 1991 en estudiantes de Cuernavaca, Morelos y encontraron que el grupo estudiado es de alto riesgo para adquirir las consecuencias patológicas del tabaquismo y requiere de ayuda para impedir que el hábito progrese.

Se estudiaron 864 alumnos de secundaria (promedio de edad de 14 años) de los cuales el 12% (104 estudiantes) consumían entre 6 y 10 cigarrillos diarios; el número de padres que fuman era de 42% (348).

En la preparatoria oficial de 320 alumnos (promedio de edad de 16 años) se hallaron 120 (37%) padres fumadores y 42 (13%) estudiantes.

En la preparatoria particular de 142 alumnos (promedio de edad de 17 años) hubo 64 (45%) padres fumadores y 61 (43%) estudiantes. De 284 estudiantes de medicina (promedio de edad de 21 años), se hallaron 85 (29%) padres fumadores y 175 (61.6%) alumnos fumadores.

Al comparar los porcentajes entre los estudiantes se halló gran diferencia entre los de escuela oficial 12% y 13% que asciende al 45% en la preparatoria particular; cifra que fué superada por los estudiantes de medicina 61.6%.

En los estudiantes de medicina recayó el porcentaje mayor de fumadores (61.6%) que es idéntico a lo que se encontró en dos encuestas recientes en la Ciudad de México; de 1,092 empleados del Hospital General de la S.S.A., el hábito de fumar se halló en 658 (62.1%) y fué más intenso en los médicos, pues de 284, el 61.6% fumaba mientras trabajaba en el hospital (González, 1991). En otra encuesta (Guillen, 1991) realizada en 414 médicos el hábito de fumar se halló en 300 (72.5%).

Estos estudios ponen de manifiesto la farmacodependencia a la nicotina, pues son los médicos los que tienen una mayor información respecto a los daños originados por el hábito de fumar tabaco.

A manera de resumen, podemos observar que en México se han realizado estudios en poblaciones diversas como los estudiantes, médicos, trabajadores, pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, y en la población mexicana en general.

En todos ellos, se encuentra que el tabaquismo es un problema de gran importancia, pues a manera global, cerca de una tercera parte de la población fuma y de esa tercera parte, la mitad ha intentado dejar el cigarro sin éxito, por lo que podemos suponer que gran parte de los fumadores sigue fumando no tanto por gusto, sino por no poder dejarlo.

El hecho de que estudiantes de medicina y médicos fumen nos indica que el conocimiento de los daños que ocasiona el tabaco, no es un factor de peso para no tener el hábito.

La tendencia en México de fumar es mayor en los hombres que en las mujeres siendo que el inicio se da en la adolescencia.

Es importante entonces, al ya tener algunas estadísticas de este hábito, investigar acerca de las causas que lo originan y mantienen en México, para implementar programas que ayuden de la mejor manera, a combatirlo.

CAPITULO 1

TABAQUISMO: TENDENCIAS Y CONSECUENCIAS.

1.3 EL USO DEL TABACO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

A través de los años, mucho se ha escrito sobre los efectos del tabaco en la salud: los efectos biológicos de sus distintos componentes, los riesgos de contraer enfermedades, la susceptibilidad de ciertos órganos, la naturaleza adictiva de la nicotina y el factor epidemiológico del problema. Los reportes mundiales compilan una gran cantidad de información enfocada hacia los daños a la salud, lo que ha conducido a que la OMS defina al tabaquismo como un problema mundial de salud pública que constituye la primera causa prevenible que ocasiona enfermedad, invalidez y muerte prematura (Rubio, 1993).

La clasificación del tabaquismo como problema de salud pública empezó a reconocerse a partir de la década de los años cincuenta en los países desarrollados, los cuales desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo del tabaco. Estos daños fueron ampliamente evidenciados en un gran número de enfermedades.

Las pérdidas de vida, el ausentismo laboral por enfermedad, los costos sociales y económicos y la clasificación como problema epidémico que empieza a gestarse en edades tempranas en la mayoría de los grupos sociales, así como el encuadramiento del tabaquismo en el terreno de las adicciones, ha dado pauta de acción y alerta a todos los países, por conducto de las organizaciones médicas internacionales, entre ellas, la Organización Mundial de la Salud, para que se actúe pronta y decisivamente contra este daño a la salud.

Según Stebbins (1987) las repercusiones que en el mundo tiene el tabaquismo son difíciles de medir, pero el Worldmatch Institute estima que cerca de 2.5 millones de fumadores mueren al año de ataque al corazón, cancer pulmonar y enfisema (enfermedades relacionadas con el tabaco), excediendo por mucho las muertes causadas por sida, accidentes automovilísticos, guerra y terrorismo.

Entre 1960 y 1980, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres se duplicó en 28 países industrializados. Desde mediados del presente decenio, en algunas partes de los Estados Unidos de América el cáncer del pulmón ha venido superando al cáncer de la mama como forma más común de cáncer femenino (Ozorio, 1989).

La Organización Mundial de la Salud (1985) reporta que mientras que el número de fumadores en los países desarrollados disminuye y se difunde más información acerca de los riesgos a la salud relacionados con este hábito, el número de fumadores en los países en desarrollo aumenta. El fumar es la causa número uno de muerte prevenible en Estados Unidos y puede llegar a ser igual en los países subdesarrollados si esta tendencia actual continúa.

Crofton (1984) reporta que la Asociación Médica Inglesa, la Asociación Médica Americana y la Organización Mundial de la Salud, entre otras, consideran que el fumar es el problema de salud prevenible más importante en el mundo. Es responsable de 350 mil a 500 mil muertes prematuras en Estados Unidos cada año (Whelan, 1984), o aproximadamente mil muertes por día (el equivalente a tres choques de jumbo jets diarios en Estados Unidos) (Walsh y Gordon, 1986). Dicho de otra manera, una de cada siete muertes en Estados Unidos es atribuible a fumar (Whelan, 1984).

Datos más recientes estiman que el tabaco causa 3 millones de muertes por año en todo el mundo y que, de persistir las tendencias actuales, se producirán 7 millones de muertes al año en los países en desarrollo, durante los próximos 20 a 30 años (OMS, 1993).

Al hábito de fumar se le considera el responsable de casi el 90% de todos los casos de cáncer pulmonar, el 75% de los de bronquitis crónica y enfisema y el 25% de los de cardiopatía isquémica. Es bien conocido que existen otros efectos adversos hacia la salud, que incluyen la úlcera gástrica y múltiples complicaciones del embarazo, entre las que cuentan, menor peso del producto al nacer y una mayor incidencia de abortos y muertes neonatales (OMS, 1979; OMS, 1987).

El uso del tabaco, incluyendo el mascado, ocasiona el 90% de las defunciones por cáncer bucal en el sureste de Asia. Se calcula que el 30% de todos los casos de cáncer están relacionados con el uso del tabaco y cada año entre un millón y dos millones de defunciones prematuras en el mundo se deben a esta causa (OMS, 1983).

En Cuba, las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar ocasionan más del 30% de todas las defunciones (Joly y Acosta, 1980) y en el Reino Unido, entre el 15 y 20% (Reportes del Royal College of Physicians, 1962, 1977, 1983). De acuerdo con estos últimos reportes, la extensión del problema es tal que de mil adultos varones fumadores en Inglaterra y Gales, uno es asesinado, seis son muertos en las carreteras y 250 mueren prematuramente a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco (1983).

A todo lo anterior habría que agregar que el humo del tabaco es peligroso no sólo para el fumador, sino también para los no fumadores que conviven con él, quienes tienen un riesgo aumentado de sufrir cáncer pulmonar y enfermedades cardiopulmonares. Se reconoce que los niños son particularmente sensibles al tabaquismo pasivo. La Agencia de Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos, establece que la exposición al humo ambiental, aumenta del 28 al 31% el riesgo de contraer cáncer del pulmón y que en ese país unas 300 mil muertes anuales se atribuyen a esta causa (Pierce, 1993).

A pesar de los intentos repetidos de la industria del tabaco y otros intereses, de minimizar estos datos diciendo que son "sólo estadísticas", no hay duda del papel causante del tabaco en enfermedades como cáncer pulmonar y padecimientos coronarios. Estas conclusiones se basan en cientos de publicaciones independientes, resultantes de estudios de todas clases -prospectivos, retrospectivos, clínicos, control de casos, epidemiológicos y experimentales-llevados a cabo en la mayoría de los países (OMS, 1983).

En los países desarrollados está descendiendo rápidamente el número de hombres que fuman, pero en los países en desarrollo sigue aumentando. Al mismo tiempo, las mujeres fuman cada vez más en todas partes. Las tasas de fumadores en los países desarrollados descienden anualmente en 1.5%, mientras que en los países en desarrollo aumentan un 2%. El consumo per cápita de cigarrillos en América Latina aumentó un 24% entre 1970 y 1980. En América del Norte el aumento fue sólo del 4%, mientras que en Africa llegó al 30% (Wangai, 1992).

Ante este panorama epidemiológico, la OMS instituyó el "Día Mundial sin Fumar" desde 1988, como una de las estrategias de su programa "Tabaco o Salud" y dentro de su plan de acciones para 1988-1995, a partir de 1989 estableció que los 31 de mayo de cada año, se destinara este día para invitar al fumador a que cese en su hábito cuando menos por 24 horas (Rubic, 1993).

Así pues, datos científicos ponen de manifiesto que el tabaquismo es un gran problema de salud pública mundial, pues ocasiona un gran número de muertes por enfermedad, graves enfermedades y ausentismo laboral, teniendo grandes costos sociales y económicos.

Es importante hacer notar que este problema es prevenible, que empiezan a implementarse programas para su control, pero que falta mucho por hacer, pues en los países en desarrollo se está incrementando este grave problema y en los países desarrollados todavía es alta la tasa de

mortalidad causada por enfermedades relacionadas con el tabaco.

CAPITULO 1.

TABAQUISMO. TENDENCIAS Y CONSECUENCIAS.

1.4. PROBLEMAS DE SALUD OCASIONADOS POR EL TABACO.

El tabaquismo ha sido ampliamente relacionado como un factor importante en la causa de un considerable rango de muertes, particularmente por cáncer pulmonar y enfermedades coronarias (Taylor, 1993).

Entre los principales trastornos ocasionados por este hábito destacan los siguientes:

A. Enfermedades neoplásicas.

El humo del tabaco contiene sustancias carcinógenas y co-carcinógenas, que pueden actuar sobre diferentes órganos.

a) Cáncer pulmonar.

Este constituye la forma de neoplasia maligna más frecuente en los países desarrollados, con alrededor del 80% de ellos directamente atribuibles al tabaquismo (US Department of Health and Human Services, 1982). En este contexto, numerosos estudios realizados en varios países han demostrado -con consistencia- la especificidad y naturaleza temporal de la asociación entre tabaquismo y algunas variedades histológicas de cáncer pulmonar.

La relación que se ha observado entre tabaquismo e incidencia de cáncer de pulmón, parece depender de 4 factores:

1.- Dosis diaria de tabaco.

2.- Duración del tabaquismo regular. Tras fumar durante 15 años, la incidencia anual de exceso de cáncer de pulmón, es de aproximadamente 0.005% o 5 por 100 mil; tras fumar durante 30 años, es de aproximadamente 0.1% o 1 por mil; y tras fumar durante 45 años es de 0.5% o 5 por mil. Si el fumador abandona su hábito después de 30 años, el riesgo anual de exceso aún estará situado 15 años más tarde en 0.1%, en lugar del 0.5% que sufriría si hubiera continuado fumando. Al dejar de fumar, se evita aproximadamente el 80% del riesgo de exceso que se habría acumulado de continuar con el hábito.

3.- La forma en la se consume el tabaco (cigarrillos, cigarros, pipas). Los que utilizan los cigarrillos sufren un riesgo de cáncer de pulmón muy superior al de quienes sólo utilizan cigarro o pipa.

4.- Tipo del cigarro que se fuma. Los cigarrillos con menos de 17.6 miligramos de alquitrán se asocian a un riesgo menor de cáncer de pulmón que aquellos que contienen 25.7 miligramos de alquitrán. Se ha visto una tendencia bastante constante hacia la reducción del riesgo de cáncer de pulmón entre los fumadores de cigarrillos con filtro, si lo comparamos con cigarrillos sin filtro (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988).

También se ha visto que el tabaquismo pasivo influye en el desarrollo de cáncer pulmonar. Kabat y Wynder (1984) analizaron los expedientes de 2,668 enfermos de cáncer pulmonar y concluyeron que el riesgo que tienen los no fumadores de desarrollar cáncer, es el doble, cuando el conyuge es fumador.

Los resultados combinados de 14 informes (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988), muestran que existe un incremento estadísticamente significativo del riesgo de cáncer de pulmón entre no fumadores expuestos al tabaquismo pasivo. Por ejemplo, en las mujeres no fumadoras expuestas involuntariamente al humo del tabaco, el riesgo de tener cáncer de pulmón va del 20% al 55% mayor al de las no fumadoras no expuestas.

El incremento de cáncer de pulmón entre las mujeres en los últimos 20 años se cifra en un 50% en países como Japón, Noruega, Polonia, Suecia y el Reino Unido. En Australia, Nueva Zelanda y Dinamarca, este tipo de cáncer ha subido en un 200% y en más de 300% en Estados Unidos y Canadá (Bejarano, 1989).

b) Cáncer de laringe.

Diversos estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales han establecido una fuerte relación entre el fumar y el cáncer de laringe (Garfinkel, 1985). En general se considera que los fumadores presentan -en comparación con los no fumadores- un aumento del riesgo relativo a desarrollar este tipo de neoplasia, que oscila entre 2.0 a 27.5 veces, con una estrecha relación dosis-respuesta, según este mismo autor.

c) Cáncer de boca.

Estudios de cohortes han demostrado también una alta incidencia de cáncer oral en fumadores. En términos generales, se considera que la relación de mortalidad entre fumadores y no fumadores es de 31:1. Asimismo, poblaciones con pocos fumadores (ejemplo:mormones) tienen una muy baja tasa de morbilidad por este tipo de neoplasias (Hammond y Horn, 1958).

d) Cáncer de esófago.

Datos obtenidos de casos controlados y estudios en cohortes indican que el cigarrillo es una de las causas principales del cáncer de esófago. Aunque existen grandes variaciones, en las diferentes investigaciones en relación al riesgo atribuible al tabaquismo, se considera que la mortalidad por esta neoplasia es de 1.3 a 11.1 veces mayor en los fumadores (US Department of Health and Human Services, 1982).

e) Cáncer de vejiga.

El riesgo relativo a desarrollar cáncer de vejiga en los fumadores es de 2 a 3 veces más alto que en los no fumadores. Se ha demostrado también un gradiente de este riesgo -asociado con el número de cigarrillos fumados-, que va de 1.6 (media cajetilla o menos) a 5.3 (dos cajetillas o más) (Zdeb, 1977).

En estudios en cohortes realizados en muchos países, se ha visto que el riesgo de cáncer en el tracto urinario disminuye tras dejar de fumar. El riesgo de los ex-fumadores se aproxima al de no fumadores cuando han pasado más de 15 años que dejaron de fumar (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988).

f) Cáncer de páncreas.

Diferentes estudios -realizados con seguimiento de carios años- han sugerido que esta neoplasia ocurre en una proporción aproximada de 2:1 en los fumadores, en comparación con los no fumadores. Sin embargo, la asociación no ha sido tan fuerte como en las neoplasias antes mencionadas (Garfinkel, 1985).

B. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En un rango situado entre el 80 y 90%, las muertes ocasionadas por le EPOC han sido atribuidas al tabaquismo. Cabe destacar que la morbi-mortalidad por esta entidad ha ido aumentando en la mujer de manera consistente en su incremento en el consumo de tabaco (US Department of Health and Human Services, 1989), fenómeno similar al que se ha observado en relación al cáncer pulmonar.

Se considera que la EPOC se produce por la compleja interacción de varios agentes inhalados, que ocasionan alteraciones ciliares y de las glándulas mucosas, así como por un aumento de las células inflamatorias y de la secreción de elastasa e inactivación de la alfa 1 antitripsina (Fielding, 1985).

Pérez (1993), al estudiar el tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar de niños y adultos asmáticos encontró que algunos asmáticos, especialmente los niños, pueden desarrollar broncoespasmo subclínico durante la exposición habitual al tabaquismo pasivo.

C. Enfermedades cardiovasculares.

El consumo de cigarrillos contribuye al desarrollo de lesiones ateroscleróticas, la causa más importante a cuantas subyacen a las enfermedades cardiovasculares, y a las manifestaciones clínicas de enfermedades vasculares ateroscleróticas: coronarias, cerebrales, enfermedades vasculares periféricas y aórticas, así como muertes repentinas (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988).

a) Enfermedad coronaria.

De acuerdo con diferentes estimaciones, entre el 30% y 40% de las 565,000 muertes por año causadas por enfermedad coronaria en Estados Unidos pueden ser atribuibles al cigarrillo (US Department of Health and Human Services, 1989).

Por otro lado, 10 estudios de cohortes, que abarcan sobre veinte millones de personas y varios años de observación en diferentes países revelan que el infarto al miocardio y la muerte por enfermedad coronaria era 70% más elevada en fumadores que en no fumadores (Fielding, 1985).

Además, el fumar presenta un efecto sinérgico sobre otros factores de riesgo, tales como la hipertensión y la

hipercolesteronemia. El componente aparentemente responsable de la enfermedad coronaria es el monóxido de carbono (US Department of Health and Human Services, 1989).

Schargrotsky (1993) en un estudio realizado entre 1984 y 1989 en Argentina acerca de la relación entre el tabaquismo y ataque agudo al miocardio en 1000 pacientes concluye que la estimación del factor de riesgo comparada con la duración de vida de los no fumadores es de 1.6 para fumadores de menos de 15 cigarros por día; de 2.2 para fumadores de 15 a 24 cigarros por día; y de 5.9 para los fumadores de 25 o más cigarros por día. El factor de riesgo estimado fué de 1.5 para los ex-fumadores que se habían abstenido por lo menos un año. El factor de riesgo para fumadores fuertes (25 o más cigarros al día) de entre 30 y 44 años fué de 10.3, mismo que declina conforme avanza la edad. Con base en estos resultados afirman que el tabaquismo es un factor de riesgo independiente e importante para el infarto agudo al miocardio y cerca del 40% de los casos en Argentina se atribuyen a esto.

b) Enfermedad cerebro-vascular.

Los fumadores tienen una mortalidad, por enfermedad cerebro-vascular de alrededor 1.5 veces mayor que los no fumadores (Rose y Blackburn, 1982).

Las mujeres fumadoras que usan anticonceptivos hormonales presentan un riesgo mucho mayor, especialmente la hemorragia subaracnoidea y eventos tromboembólicos. A este respecto, un estudio controlado mostró que el riesgo relativo era cercano a 22 en comparación con mujeres no fumadoras (Rose y Blackburn, 1982).

c) Enfermedad oclusiva arterial periférica.

El factor de riesgo más importante que predispone a este crecimiento es el hábito tabáquico. Así, por ejemplo, la enfermedad aortoiliaca y femoropoplitea es mucho más frecuente en fumadores (Rose y Blackburn, 1982). Por otro lado, estos individuos presentan una mortalidad por aneurisma aórtica abdominal de dos a tres veces mayor que los no fumadores (US Department of Health and Human Services, 1989).

Muchos estudios muestran un gradiente de riesgo de enfermedades coronarias que se reduce constantemente a medida que transcurre el tiempo desde el abandono del hábito tabáquico. Los varones que han abandonado el cigarrillo hace una década o más tienen un riesgo igual o muy ligeramente superior a los varones que nunca han fumado. Este efecto positivo se ve en todos los grupos de edad, y ya se trate de

grandes o moderados fumadores (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988).

D) Enfermedad gastrointestinal.

Un gran número de evidencias han implicado al tabaquismo como un factor importante en la patogénesis y desarrollo de varias enfermedades gastrointestinales, en especial la úlcera péptica.

El número de cigarrillos diarios, los años de fumar y la profundidad de la inhalación se correlacionan positivamente con la frecuencia de la enfermedad, que es en promedio 2.5 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. La asociación con el tabaquismo es independiente del posible papel desempeñado por el consumo de café o alcohol (Doll, 1980).

Es de interés mencionar que los fumadores pueden regresar a la tasa normal o promedio de mortalidad por enfermedad cardio-vascular en un lapso de aproximadamente 10 años después de haber abandonado el hábito. En cuanto al cáncer de pulmón, puede ocurrir lo mismo en un tiempo aproximado de 15 años después de haber dejado de fumar. Una situación similar puede observarse en las otras enfermedades mencionadas (Fielding, 1985).

E. Efectos perinatales.

Los efectos sobre la salud de un feto expuesto a compuestos del humo del tabaco, inhalado por la madre, han sido extensamente estudiados.

En términos generales, las evidencias demuestran que los hijos de las madres fumadoras, nacen con un peso promedio de 200 gr menos que los hijos de las madres no fumadoras (Fielding, 1985).

Por otro lado, se ha demostrado un aumento en los niveles de carboxihemoglobina en la sangre fetal, con la consecuente reducción en su capacidad de unión al oxígeno, y en la presión con la que éste es liberado a los tejidos, lo que se traduce en hipoxia fetal (Fielding, 1985).

La nicotina es un poderoso vasoconstrictor que cruza rápidamente la barrera placentaria y disminuye el metabolismo celular de la placenta, bloqueando, asimismo, el transporte activo de aminoácidos de la sangre materna a la fetal (Plan de Acción contra el Tabaco, 1988). De esta manera, la incidencia de partos prematuros y mortalidad

perinatal atribuidos al tabaco, se incrementa notablemente en relación a los hijos de madres no fumadoras.

También se ha reportado entre un 10 y un 20% de aumento en el riesgo de aborto espontáneo, así como un incremento en la frecuencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura prematura de membrana (Fielding, 1985).

En resumen, el tabaquismo ocasiona diversos problemas de salud, como el cáncer (-principalmente el de pulmón-, de laringe, boca, esófago, vejiga y páncreas). Afecta al aparato respiratorio (EPOC), circulatorio (enfermedades cardiovasculares, coronarias, cerebro-vasculares, enfermedad oclusiva arterial periférica) y digestivo (enfermedad gastrointestinal).

Tiene efectos dañinos perinatales y aumenta el riesgo de adquirir enfermedades a las personas expuestas al humo de el cigarro, aunque no fumen.

Las enfermedades relacionadas al tabaco dependen del número de cigarros fumados al día, de el tiempo que se lleva de fumar, de la forma de consumir el tabaco y del tipo de cigarro que se fume.

CAPITULO 2

INICIO Y MANTENIMIENTO DEL HABITO TABAQUICO.

En muchas ocasiones surge la pregunta de cuáles son los motivos por los que la gente comienza a fumar y ¿por qué a pesar de saber que el tabaquismo causa un gran número de enfermedades la gente sigue fumando?, ¿por qué la gente fuma, sobre todo aquellas personas que están conscientes del peligro y del daño que representa el cigarro?, ¿por qué hay mucha gente que lo quiere dejar y no puede?, ¿por qué los médicos en general y sobre todo aquellos vinculados con áreas de trabajo donde se atiende a pacientes con enfermedades ocasionadas por el tabaco, siguen fumando?

Lo cierto es que contestar estas preguntas no es nada fácil y muy pocos fumadores podrán explicar claramente los motivos que los llevaron a fumar y los motivos por los que siguen fumando.

Las respuestas son complejas y probablemente multifactoriales, debido a que interviene una serie de factores sociales, psicológicos y farmacológicos existiendo diferencias muy marcadas entre un fumador y otro.

El hábito tabáquico se inicia generalmente en la adolescencia, período en el que el joven está en proceso de reducir su dependencia familiar, transfiriéndola a otros de su misma edad. Existe la necesidad de pertenecer a un grupo cuya función es la de proporcionar la oportunidad de experimentar una gran variedad de conductas sociales que pueden ser aceptadas y reforzadas, a través de las cuales logran expresar independencia y separación de sus padres.

En este período intervienen muchos factores que favorecen el desarrollo del hábito tabáquico como son, según Russell, Peto y Patel (1974):

Disponibilidad:

Para una persona es más fácil fumar si tiene acceso al cigarro, por ejemplo, si en casa los padres fuman y dejan los cigarrillos al alcance del futuro fumador.

Curiosidad:

Muchas personas inician su hábito simplemente por la curiosidad de saber qué se siente al fumar.

Rebeldía:

En los adolescentes este es un mecanismo muy importante, pues muchos jóvenes para mostrar su inconformidad ante el mundo, empiezan a fumar.

Terquedad:

Muchos jóvenes a pesar de que los primeros cigarros no les resultan agradables, e incluso a pesar de que sus familiares y en las escuelas les han explicado el daño que hace el tabaco, siguen fumando.

Anticipación a la adultez:

A través de los medios de publicidad, radio, televisión, etc, se transmite la información de que la persona que fuma es una persona adulta, con mucha personalidad, dinero, éxito, etc, y los jóvenes, por tratar de imitarlos, empiezan a fumar para sentirse o parecer esos adultos ejemplares.

Seguridad social:

Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que todos los miembros fuman, esta persona comenzará a fumar para sentirse parte del grupo.

El ejemplo de los padres:

Los niños y los adolescentes obtienen una gran cantidad de información y aprenden a través de los padres, por lo que es muy probable que si éstos fuman, los imitarán.

Hermanos mayores y amigos fumadores:

Estos pueden funcionar como ejemplo para que el joven se inicie en el hábito tabáquico.

El inicio del hábito es reforzado entonces por la presión de los compañeros, la imitación, el valor simbólico de estatus que se tiene en algunas culturas, el valor que tiene como instrumento para la identificación social y las relaciones interpersonales, en la mayoría de los países, por las actividades promocionales de la industria del tabaco, las que a través de imágenes seductivas, aparecen constantemente asociadas con situaciones deseables, éxito, sexualidad, etc.

El inicio en el hábito de fumar corresponde a la primera etapa en la historia del fumador de Russell, Peto y Patel (1974). En esta etapa los factores más importantes que determinan el impulso a fumar son todos de orden

psicosocial. Los primeros cigarrillos son todos invariablemente displacenteros, y la nicotina, que es crucial para el mantenimiento del hábito, no es razón suficiente para explicar el inicio.

Una vez satisfecha la curiosidad por el primer cigarrillo, el acto será repetido gustosamente, si el disconfort físico es superado por la gratificación psicosocial.

Al principio fumar es intermitente y confinado a situaciones sociales, el fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero cuando el consumo aumenta y se profundizan las inhalaciones, se agregan las gratificaciones farmacológicas. Después de algunos años, con el advenimiento de la adultez, muchas de las gratificaciones psicosociales y de los motivos que indujeron a fumar ceden y disminuyen paulatinamente, dejando a la gratificación farmacológica el mantenimiento del hábito. Esta gratificación está dada por una sustancia que contiene el tabaco llamada nicotina, y es la razón por la que mucha gente sigue fumando, ya no por verse mayor, porque los amigos fuman o por ser aceptado en determinado grupo, sino simplemente porque se depende de la nicotina.

En esta segunda etapa en la historia de un fumador (Russell, Peto y Patel, 1974), el fumar es principalmente resultado de la obtención de placer y/o estimulación, el efecto farmacológico de la nicotina funciona como un poderoso reforzador positivo que hace que la conducta de fumar se incremente en una forma importante.

La tercera etapa es lamentable. La persona ya no decide por sí misma si fuma o no, en esta etapa el sujeto ha desarrollado una dependencia física importante en el síndrome de abstinencia, que más tarde explicaremos (Ver en DSM III-R), que ocasiona molestias tan grandes que hace que el sujeto vuelva a fumar, pues de esta manera, desaparecen.

El potencial adictivo de la nicotina juega un papel predominante en el mantenimiento de la dependencia de los fumadores a su hábito. Fumar puede ser más adictivo que el alcohol o la heroína, siendo un hábito muy difícil de romper (OMS, 1985).

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (OMS, 1985) considera que la dependencia se caracteriza por:

- el uso regular de una droga,
- intentos de dejar de usarla, lo que lleva a un disconfort que muchas veces lleva a terminar estos intentos,

- el uso continuado de la droga a pesar de presentar problemas físicos y/o psicológicos,
- conducta persistente de la búsqueda de la droga.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD), en su novena revisión (1975), define la dependencia como "Un estado psíquico y a veces físico, resultante de ingerir una droga, caracterizado por comportamientos y otras respuestas que siempre incluyen la compulsión a tomar una droga continua o periódicamente para poder experimentar sus efectos físicos, y algunas veces evitar el disconfort de su abstinencia" (pp.11).

Por todos estos criterios, el uso del tabaco, especialmente en forma de cigarrros, se clasifica como un proceso productor de dependencia.

En los Estados Unidos de América, fumar cigarrros se ha encontrado como el ejemplo más difundido de dependencia a una droga. En tanto que uno de diez consumidores de alcohol y cuatro de diez consumidores de morfina, consumen diariamente la droga, nueve de diez fumadores de cigarrros la consumen diariamente (Tye, 1985).

Russell, Peto y Patel (1976) consideran que el fumar cigarrros es probablemente la forma más adictiva y productora de dependencia de un objeto específico de gratificación auto-administrada, conocida por el hombre.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM III-R (1988), se dan los criterios para el diagnóstico de la abstinencia de nicotina (pp.190). Se encuentran incluidos dentro de los trastornos mentales orgánicos y son los siguientes:

- A) Uso diario de nicotina durante varias semanas como mínimo
- B) Interrupción o reducción brusca del consumo de nicotina seguido de la aparición al cabo de 24 horas de cuatro de los siguientes síntomas como mínimo:

- Necesidad de nicotina;
- Irritabilidad, frustración o ira;
- Ansiedad;
- Dificultad de concentración;
- Inquietud;
- Disminución del ritmo cardiaco;
- Aumento del apetito o de peso;

La nicotina, un alcaloide dominante presente en el tabaco, se absorbe rápidamente por los pulmones cuando se presenta como resultado de la combustión a alta temperatura del tabaco del cigarro, y es distribuida rápidamente al cerebro y al resto del cuerpo. Es un poderoso agente farmacológico que estimula la liberación de una variedad de hormonas y neurotransmisores endógenos que produce una euforia inicial (OMS, 1985).

La habituación psicológica, además de la adicción fisiológica, también juega un papel importante en el mantenimiento del hábito.

Persaud (1980) define a la dependencia psicológica como el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica peligro para el individuo, ya que al suspenderla siente la necesidad (no física) de tomarla.

En muchas ocasiones, la dependencia psicológica es más difícil de eliminar que la física, ya que el fumar se relaciona con una serie de situaciones gratificantes o relajantes como sería una reunión con los amigos o un momento de descanso durante el trabajo, tomarse una taza de café, etc.

Para explicarnos el desarrollo del hábito de fumar, las teorías de aprendizaje postulan que éste se aprende como cualquier otra conducta (Lichtenstein y Danaher, 1976). Está determinado entre el balance de sus reforzadores positivos y sus reforzadores negativos; éstos irán cambiando en la medida en que el hábito se desarrolle de la etapa de inicio hasta que se encuentre bien establecida la dependencia al tabaco, incluyendo generalmente una progresión de las motivaciones psicosociales a las motivaciones farmacológicas.

Un hábito se puede definir como una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador (Hilgard y Bower, 1980). Fumar es un hábito particularmente difícil de eliminar debido a que el número de estímulos al que puede estar asociado es potencialmente infinito y las gratificaciones que se obtienen son también numerosas.

Si consideramos que cada inhalación representa un reforzador y si tomamos en cuenta la cantidad de fumadas por cigarro (de 7 a 10 aproximadamente) y la cantidad de cigarros por día, tenemos que la cantidad de reforzamientos es enorme, lo cual demuestra por qué la dependencia psicológica es más difícil de eliminar que la física (Puente, 1983).

Otro factor que influye en el mantenimiento del hábito tabáquico es que la solidez y la tasa de aprendizaje aumentado el reforzamiento sigue de cerca a la respuesta. En el caso del cigarro, el reforzador se obtiene inmediatamente con cada inhalación y los efectos negativos no se observan a corto plazo sino que son muy remotos y por lo tanto es difícil que se tomen en cuenta (Puente, 1983).

Eiser (1978) ha enfatizado los aspectos cognoscitivos que intervienen en el mantenimiento del tabaquismo. Trata de explicar cómo es que muchos fumadores mantienen su hábito a pesar de tener actitudes negativas hacia el cigarro y su deseo de dejarlo. En otras palabras, cómo es que manejan su disonancia cognoscitiva. Eiser encontró que la forma en que el fumador resuelve esta disonancia es a través de bajar su nivel de autoestima con lo que aquellas cogniciones que fueron incompatibles con un autoconcepto alto, puedan volverse consistentes con un autoconcepto más bajo. Concretamente, lo que sucede es que cuando un fumador dice "me gustaría dejar de fumar si lo pudiera hacer fácilmente", al verse a sí mismo como incapaz de hacerlo, se siente justificado para prestar poca atención o rechazar la propaganda contra el cigarro, con lo cual sigue fumando sin que esto le produzca disonancia cognitiva. Un ejemplo muy típico es cuando el fumador argumenta que para qué dejarlo si de algo se tiene que morir, o que conoce a fulano que siempre fumó mucho y que vivió muchos años.

Tres de cada cuatro fumadores reportan que les gustaría dejar de fumar, pero sólo uno de ellos llega a dejar el hábito definitivamente (Puente, 1983). Esto pone de manifiesto que muchos fumadores no fuman realmente porque lo desean, sino porque no pueden dejar de hacerlo.

Es importante mencionar que en muchos sujetos no solamente el cigarro se asocia con aspectos positivos de relajación, placer, éxito, confianza en sí mismo, etc, sino que también llega a integrarse en la estructura perceptual de sí mismo, en la estructura perceptual del yo, de tal manera que el sujeto fumador frecuentemente reporta que le falta algo, que se siente desnudo, que se siente incompleto, que se siente mal si no tiene un cigarro en la mano. Estos aspectos son particularmente importantes, ya que las compañías publicitarias, tienden a sacar un gran provecho de ello (Puente, 1983).

2.1 GRUPOS DE FUMADORES.

Russell, Peto y Patel (1974) utilizan un cuestionario relativo a las diferencias en el fumar, las motivaciones, gratificaciones, estilos y situaciones en las cuales ocurre el hábito, y clasifican en siete grupos o categorías a los fumadores.

a) Tabaquismo psicosocial:

En esta categoría las gratificaciones obtenidas son todas psicosociales. Se utiliza el valor simbólico de fumar para crear una imagen, ya sea de intelectualidad, sensualidad, sofisticación, etc. Ayuda a tener una imagen social deseada y a conformar y ganar aceptación en determinado grupo. Esta imagen es obviamente de mayor relevancia para el quinceañero, y esta forma de fumar está ampliamente confinada a los primeros estadios de tabaquismo, que ocasionalmente se dan en la adolescencia.

Los fumadores que caen dentro de este grupo tienen una forma de fumar intermitente y una tendencia a hacerlo mayormente en situaciones sociales. Fuera de éstas, el deseo de fumar es poco. Para la mayoría, la rápida absorción de nicotina asegura la evolución a fumar por las recompensas farmacológicas.

Pocos son los fumadores, en especial los que nunca le dan el golpe, en que puede persistir durante muchos años esta forma psicosocial de fumar.

b) Tabaquismo sensorio-motor (manipulación):

Este incluye el goce de numerosas sensaciones no farmacológicas de fumar y el uso de manipulaciones orales, manuales y respiratorias para procurarse placer y una compleja serie de reducciones de tensión.

La apariencia del paquete, la sensación del cigarrillo en la boca y en las manos, el acto mismo de encenderlo, la forma de tomar el cigarro, de golpearlo, de darle la chupada, el percatarse del acto, el olor, sabor y el sonido, todo ello contribuye a la elaboración de un ritual sensorio-motor complejo.

Es la repetición del ritual por sí mismo lo que es gratificante, mucho más que cualquier efecto farmacológico. Esto es especialmente evidenciado en el fumador de pipa, en el cual una limpieza minuciosa y el encendido, finalizan con una o dos bocanadas, generalmente sin inhalación.

Comparado con el fumador que busca una gratificación farmacológica se ha reportado que únicamente el 11% de los fumadores de pipa consideran el aspecto farmacológico importante (Aragón, 1981).

c) Tabaquismo por indulgencia (relajación):

Esta es la forma más común del tabaquismo y es característica de la mayoría de los fumadores leves o moderados que fuman menos de 20 cigarrillos al día.

El fumador indulgente fuma por placer, mayormente en periodos de descanso o relajamiento, cuando fumar puede ser deliberadamente gozado y saboreado. Existen muchos de estos instantes, por ejemplo, después de los alimentos, durante las pausas en el trabajo, al tomar té, café, alcohol, o para aumentar el placer de las reuniones sociales.

A diferencia del tabaquismo psicosocial, este tipo de fumar ocurre indiferentemente cuando se está o no con la gente.

Otra característica de este tipo de fumar, es que no es totalmente regular, periodos de dos a tres horas son comunes, especialmente cuando el fumador está ocupado o absorto en algo. Fuera de algunas ocasiones, el tabaquismo de este tipo no produce ansiedad por fumar, incluso muchas veces el fumador se olvida del cigarrillo si lo tiene en la mano.

El tabaquismo por indulgencia se asocia a la inhalación y gran parte del placer de fumar se deriva del efecto farmacológico de la nicotina.

d) Tabaquismo sedante (reducción de tensión):

En este caso se fuma para tranquilizarse, para sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión. La frecuencia del tabaquismo varía ampliamente dependiendo de los estados emocionales. El efecto sedante está proporcionado tanto por la acción farmacológica de niveles altos de nicotina como por el mantener las manos y la boca ocupadas.

Este tipo de tabaquismo es más común en las mujeres y también en gente tensa o nerviosa.

e) Tabaquismo estimulante:

En contraste con el tabaquismo por indulgencia que es llevado a cabo durante los periodos de descanso, el

tabaquismo estimulante ocurre cuando el fumador está ocupado y activo. El uso está dado por la acción estimulante de la nicotina (niveles bajos), lo cual proporciona una exaltación subjetiva que ayuda a pensar, concentrarse, alejar la fatiga y mantener el desempeño adecuado durante las tareas monótonas.

Esta clase de fumadores también son comúnmente fumadores adictivos o automáticos.

f) Tabaquismo adictivo (necesidad):

En esta categoría los fumadores experimentan síntomas de supresión a los 20 ó 30 minutos de no fumar. Se fuma para evitar o disminuir estados desagradables. Ya no se fuma tanto por el placer que ocasiona, sino por una necesidad. Pocos son realmente los cigarrillos placenteros.

No existe una relación de la frecuencia de fumar con los cambios de las situaciones externas. Se inicia inmediatamente al levantarse y cesa con el sueño.

En esta categoría el fumar es regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

g) Tabaquismo automático (hábito):

Esta clase de tabaquismo se encuentra únicamente en fumadores que fuman por estimulación o por adicción o más comúnmente, por ambos.

El fumador se sorprende a sí mismo encendiendo un segundo cigarrillo, cuando todavía el primero no se ha terminado de consumir. Fumar se ha vuelto automático, particularmente en el encendido del cigarrillo.

Debe hacerse énfasis en que esta clasificación representa formas de fumar y no tipos de fumadores. Cualquier fumador puede participar en varios de estos tipos y no forzosamente en un solo. Particularmente el tipo adictivo, automático y estimulante, tienen tendencia a encontrarse juntos en un solo fumador y representan un patrón químico adictivo de tabaquismo (Aragón, 1981).

Así pues, para Russell, Peto y Patel (1984) fumar es reforzante por varias razones:

Primero: por los efectos psicosociales, o sea, por la imagen de inteligencia, precocidad y satisfacción que se han asociado al fumar;

Segundo: por la gratificación sensorio-motriz que produce a nivel oral, manual y respiratoria;

Tercero: porque se le adjudican efectos sedativos y tranquilizantes;

Cuarto: porque se le considera también un estimulante.

Este modelo propuesto por Russell, Peto y Patel (1974) (Figura 5, v. pág.50), también sugiere como cada una de las diferentes formas de fumar depende de diferentes clases de reforzadores:

- los farmacológicos, en donde el fumar es motivado para obtener los efectos de la nicotina en el organismo, o para evitar los efectos de la supresión de ésta, y se incluyen los tipos de tabaquismo de estimulación, necesidad y hábito.

- los no farmacológicos, en donde el fumar no tiene ningún tipo de reforzador ocasionado por la nicotina, y se incluyen los tipos de tabaquismo psicosociales y sensoriomotrices.

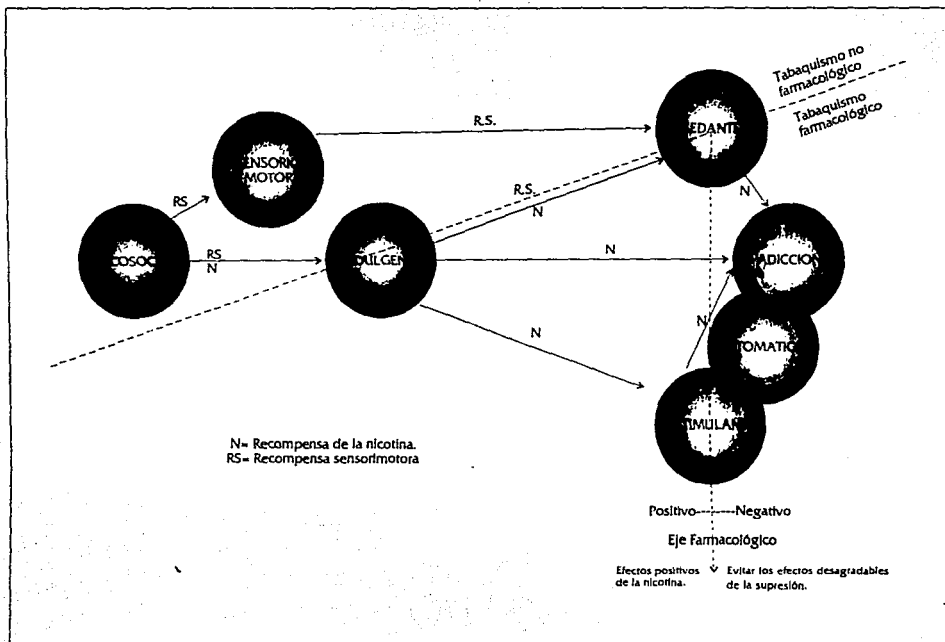
Estos reforzadores van en una progresión desde los no farmacológicos hacia los farmacológicos.

En resumen, las preguntas cuestionadas al principio de esta parte del capítulo acerca de por qué la gente fuma, por qué a pesar de conocer que es dañino sigue haciéndolo y por qué a pesar de querer dejar de fumar no lo puede hacer, se contestan al analizar los motivos de inicio y mantenimiento del tabaquismo.

En la conducta de fumar se tienen dos fuentes principales de reforzamiento que son los psico-sociales y los farmacológicos. Ambos son tan fuertes que van mas allá del deseo de querer dejar de fumar y del conocimiento de los daños que ocasiona el tabaco.

En etapas de dependencia al cigarro, el fumar está integrado a la estructura perceptual del yo, y cambiar su conducta implica también cambiar la auto-percepción.

Figura 5. Modelo revisado de fumar mostrando una progresión de psicosocial a adictivo. La relación tentativa de los tipos de fumar con las recompensas no farmacológicas y farmacológicas también se muestra. Tomada de Russell, 1974, p.331.



CAPITULO 3.

PERSONALIDAD.

3.1 SIGNIFICADO DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

El uso popular hace de la palabra personalidad algo análogo a "atractivo", "encanto", "energía" o "carisma". Esto se ejemplifica como cuando comúnmente se oye decir "ella me gusta porque tiene una buena personalidad", "él tiene mucho éxito en su trabajo gracias a su personalidad". También se le da al término una connotación negativa o no deseable, como cuando decimos "su personalidad no le ayuda en nada", "él es muy inteligente, pero por su personalidad no tiene éxito con las mujeres".

Es un problema definir y estudiar científicamente el concepto de personalidad. La palabra personalidad significa algo más que una cualidad. Se piensa que la personalidad está relacionada con la inteligencia, pero no es idéntica a ésta; y que está identificada claramente con el buen desenvolvimiento en la sociedad y con el equilibrio emotivo. Así pues, por personalidad se entiende una forma o estilo de conducta.

Lo que marca a una persona como una "personalidad" característica es más la organización de sus comportamientos, hábitos y actitudes, que la mera existencia de los meros rasgos específicos. Así como las relaciones anatómicas de los rasgos de un hombre hacen de su rostro algo peculiarmente propio, así las maneras en que sus rasgos personales obran recíprocamente y se complementan unos a otros, hacen de la conducta de un individuo algo único.

Al estudiar la personalidad se tiene la ventaja de entender los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, etc. de determinada forma, ya que en general, gran parte de los conceptos sobre la teoría de la personalidad se mueven alrededor de motivos que explican la conducta y los sistemas de conducta del hombre.

Otra ventaja que se tiene es que aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo y se pueden conocer los factores que la integran y la manera en que se correlacionan.

Existen varias definiciones de personalidad de las cuales a continuación se mencionará la elaborada por Allport

(1961) por considerarse muy completa. Para él la personalidad es la "organización dinámica bien definida de sistemas psicofísicos que determina el único ajuste del hombre al medio ambiente" (pp.22).

Por "organización dinámica" se refiere a una organización activa, que constantemente cambia, incluyendo también el proceso correlativo de desorganización, especialmente en las personas que se consideran no normales.

Por "sistemas psicofísicos" entiende a los hábitos, actitudes específicas y generales, sentimientos, etc, que estarían dentro de una teoría de características o rasgos. El término sistemas se refiere a rasgos o grupos de rasgos en una condición latente o activa. El término psicofísico nos recuerda que la personalidad no es exclusivamente mental o neurológica. La organización se refiere a operaciones tanto del cuerpo como de la mente, fundidas en una unidad personal.

El término "determina" es una consecuencia natural desde el punto de vista biofísico. La personalidad es algo y hace algo. No es sinónimo de actividad o conducta, menos aún es la impresión de esta actividad en los otros. Es lo que subyace a actos específicos dentro del individuo. Los sistemas que constituyen la personalidad son en todos sentidos tendencias determinadas y se manifiestan cuando un estímulo provoca actos en los cuales se da a conocer la personalidad.

Por "única" se entiende que estrictamente hablando cada ajuste de cada persona es único, en tiempo, lugar y cualidad. Este punto es importante tomarlo en cuenta cuando se habla de variación cuantitativa entre los individuos con respecto a lo que se llaman rasgos comunes.

Por "ajuste" al medio ambiente se debe interpretar ampliamente e incluir los desajustes. Por "medio ambiente" se debe incluir al ambiente conductual (significado para el individuo) y medio ambiente geográfico. El ajuste no debe considerarse como una adaptación meramente reactiva como las plantas o animales, sino que contiene una gran cantidad de conductas espontáneas y creativas. El ajuste al mundo físico, al imaginario o al ideal implica una adaptación tanto activa como pasiva.

CAPITULO 3.

PERSONALIDAD.

3.2 PARADIGMAS EN LOS QUE SE PUEDEN AGRUPAR LAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

Para apreciar plenamente las dimensiones de un objeto, uno debe observarlo desde varios ángulos; ésta es la razón por la cual a menudo se exhibe una escultura en un sitio donde el espectador puede caminar a su alrededor, y dependiendo desde el ángulo en que observe puede tener diferentes puntos de vista.

Los acontecimientos también están sujetos a varias interpretaciones de acuerdo con los diferentes puntos de vista. Kuhn (1973) dice que la mayoría de los científicos aceptan "un punto de vista" concerniente a su material de estudio para llevar a cabo su investigación. Este punto de vista guía las actividades de investigación y determina qué y cómo se va a estudiar. Cuando este punto de vista es compartido con otros científicos, Kuhn lo llama, paradigma.

En Psicología nunca ha existido un paradigma que permita realizar toda la investigación científica. El término "paradigma" para este autor corresponde a grupos de teorías interrelacionadas comúnmente, en vez de una sola teoría, como es el caso de la Física. Un paradigma puede ser considerado como una forma de ver e investigar un cierto tema, de ahí que diferentes científicos explorando el mismo tema trabajen en forma diferente, dependiendo de qué paradigma guíe sus actividades de investigación.

En los paradigmas el punto más importante de enfatizar es que no es necesario considerar uno correcto y los demás incorrectos -ellos simplemente generan diferentes metodologías de investigación-. Algunos paradigmas son altamente desarrollados y concentrados en una pequeña área, dando grandes detalles, pero dentro de ciertos límites, en tanto que otros paradigmas cubren una gran área de dominio, pero al hacerlo no tienen tanto detalle. Ambas clases de paradigmas son útiles pues proveen información que de otra manera sería obscura.

¿Cómo se han dado estos paradigmas en las teorías de personalidad"? La personalidad es un tópico complejo y hay muchos enfoques en su estudio. A continuación, siguiendo la clasificación propuesta por Hergenhahn (1984) se agruparán

diversas teorías en los siguientes paradigmas con sus principales representantes:

Psicoanalítico: en el que se consideran a Sigmund Freud y Carl Jung.

Sociocultural: expuesto por Alfred Adler, Karen Horney y Erik Erikson.

De Aprendizaje: incluyendo a B.F. Skinner, John Dollard y Neal Miller, Albert Bandura y Walter Mischel.

Existencial-Humanístico: considerando a George Kelly, Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May.

Factorialista: representado por Joy P. Guilford, Raymond B. Cattell, Hans J. Eysenck.

Cada paradigma es nombrado por su tema central, esto es, el paradigma psicoanalítico se enfoca en el análisis de la mente; el socio-cultural en los factores socio-culturales que influyen en la personalidad; el de aprendizaje en el estudio del proceso de aprendizaje que se relaciona con el desarrollo de la personalidad; el existencial-humanístico en los problemas de la existencia humana; y el factorialista que se enfoca en la descripción, estudio y medición de los diferentes rasgos y características del ser humano mediante el análisis factorial.

La información generada por un paradigma es diferente de la generada por los otros.

En la elaboración de la presente tesis se ha escogido el paradigma factorialista dado que al proporcionar un instrumento medible, el estudio de la personalidad se hace cuantificable y útil para propósitos de investigación.

PARADIGMA PSICOANALITICO.

Para Bernstein (1982) este paradigma se fundamenta en cuatro suposiciones básicas:

1.- La conducta humana y su desarrollo se determinan principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos intrapsíquicos, es decir, que se encuentran en la mente.

2.- Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifiestan deliberadamente.

3.- Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo: maestros) en la edad temprana. Hay por lo tanto un enfoque sobre los hechos pasados más que sobre los hechos presentes.

4.- La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberán dirigirse a la búsqueda y funciones de los diferentes aspectos intrapsíquicos.

De acuerdo con Bischof (1980) a Sigmund Freud se le ha llamado el padre del psicoanálisis pero también puede llamársele el padre de las teorías de la personalidad, pues muchos de los teóricos importantes parten de las premisas fundamentales de él (Jung, Adler, Horney, Sullivan, etc).

A continuación se muestra una figura (6) en que este autor intenta resumir los rasgos principales de la teoría freudiana con lo que respecta a la personalidad (v.pág.56).

El *ello* se encuentra en la base; es la parte mayor de la personalidad y soporta toda la estructura. Las funciones físicas, sensoriales y orgánicas se efectúan en el subconsciente, que es innato y funciona desde el nacimiento.

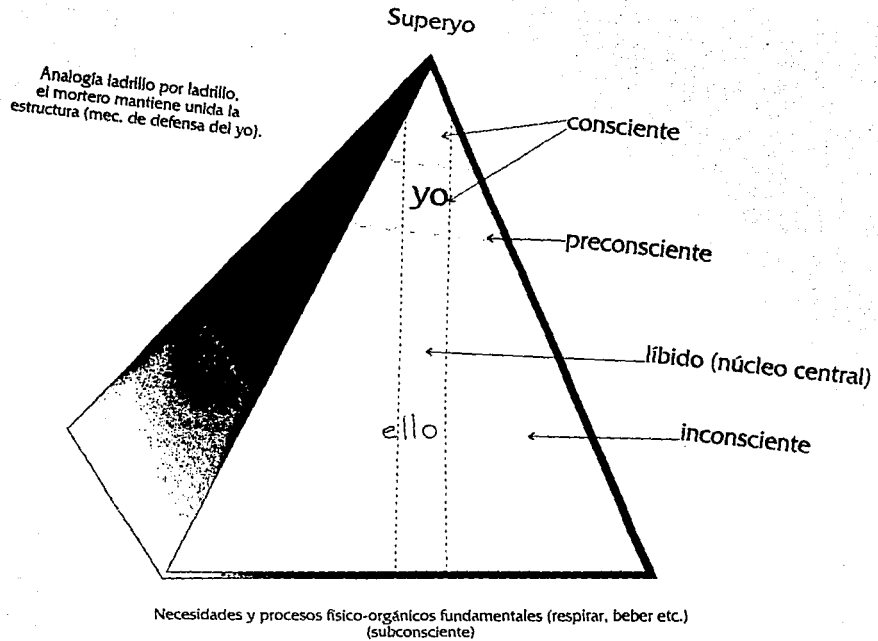
El *yo*, encargado de la realidad, funciona en estado consciente y lo separa del *ello* una pequeña membrana del preconscious.

El *superyó* es el último en desarrollarse, es consciente. De desmoronarse la estructura, lo hará de la cima hacia abajo; primero falla el *superyó*, luego el *yo*.

El centro de toda la estructura de la personalidad es la *libido*, que se eleva de en medio de la estructura, para disminuir en el ápice del *superyó*.

Alrededor de toda la estructura y protegiéndola de presiones procedentes del mundo externo, se halla una fachada de ladrillos, a la que mantiene unida el cemento de los mecanismos de defensa del *yo*. Aunque éstos puedan

Figura 6. Resumen de la teoría de Freud. (Bischof, 1980, p.88.)



cambiar la apariencia externa de la estructura nunca llegan a alterar la estructura fundamental.

Según Hergenhahn (1984), para Freud, los hombres son principalmente organismos biológicos cuya motivación principal es la satisfacción de las necesidades del cuerpo. Los logros culturales, en las ciencias, arte y religión los ve como desplazamientos de formas más directas de satisfacer nuestras necesidades biológicas en general, o sexuales en particular. Ve al hombre como una criatura hedonista, llevada por los mismos impulsos que los animales. La religión y civilización se desarrollan por un miedo a lo desconocido o por la necesidad de protección hacia nuestras tendencias agresivas innatas.

Diversos autores (Cueli, 1975; Bischof, 1980; Bernstein, 1982; Hergenhahn, 1983) indican con respecto a Jung, que su teoría es casi imposible de comprobar en una situación de laboratorio, por su complejidad. Jung creía que "si el método científico no se puede aplicar al estudio de tópicos complejos, el método debe ser descartado pero no el tópico". Sentía que la personalidad era un ejemplo de esta clase de tópicos (Hergenhahn, 1984, pág. 59).

Bischof (1980) menciona que para Jung el hombre emergía gradualmente a través de las épocas para convertirse en un ser humano mejor y más civilizado. Ve a la mente humana en el pasado, presente y futuro; consiste en elementos conscientes-inconscientes, rasgos femeninos-masculinos, extroversión-introversión, impulsos racionales e irracionales, tendencias espiritualistas y animalísticas y una tendencia a poner estas tendencias e impulsos contradictorios en armonía. Cuando ésta existe se da la autorrealización.

Este mismo autor menciona que para Jung, la necesidad espiritual debe ser satisfecha, lo que ocurre generalmente en la edad media, cuando muchos componentes de la psique se han descubierto.

Para Jung (1938) la psique contiene un inconsciente constituido principalmente por experiencias reprimidas de la vida de uno y un inconsciente colectivo que es una memoria racial. Dice que:

"Debemos, en efecto, distinguir un inconsciente personal y un inconsciente impersonal o sobrepersonal. Designamos también a este último con el nombre de inconsciente colectivo, precisamente porque está dependiendo del personal y es completamente general, puesto que sus contenidos pueden encontrarse en todas las cabezas, cosa que no sucede, naturalmente, con los contenidos personales" (pág. 96).

Aportaciones.

De acuerdo con Hergenhahn (1984) Freud presentó la teoría más amplia y revolucionaria del comportamiento humano que jamás se había articulado, demostró la importancia de la motivación inconsciente, hizo notar la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo y adaptación posterior.

Freud propone un modelo sencillo de tipo topográfico (consciente-inconsciente), dinámico (instintos-mecanismos de defensa) y estructural (ello, yo, superyó), que independientemente de qué tan verdadero sea, permite tener una visión entendible del comportamiento humano y la dinámica de la personalidad.

Permite hacer consciente aspectos inconscientes, establece un procedimiento para clasificar el tipo de enfermedades, empleó como técnica la asociación libre, aportó conceptos importantes como mecanismos de defensa, transferencia, contratransferencia, catarsis, resistencia, represión, etc.

A Jung (Hergenhahn, 1984), se le ha reconocido como el primero en discutir el proceso de autorrealización, que actualmente es muy popular entre los teóricos de la personalidad (Maslow, Rogers). Fue la primer teoría que enfatizó la importancia del futuro en determinar la conducta. Su teoría acerca del destino del hombre es optimista.

Limitaciones.

Para Bischof (1980) en este paradigma se da poco énfasis al aspecto de la investigación. La actitud anticientífica de Jung ha sido severamente criticada. Se le ha acusado de ser afín a áreas en las que se enfatiza lo irracional como el ocultismo, espiritualismo, misticismo y religión.

Para Berstein (1984) las ideas e hipótesis psicodinámicas tales como el ello, yo y superyó, motivación inconsciente y represión, están constituidas por abstracciones difíciles o casi imposibles de verificar de manera científica.

Según Gross (1978) la teoría de Freud es en cierto sentido elitista, pues conceptos como insight y el tiempo requerido para llevar a cabo un psicoanálisis son posibles

solamente para personas con cierto nivel intelectual y con ciertas necesidades básicas cubiertas.

PARADIGMA SOCIOCULTURAL.

Para Hergenhahn (1984), este paradigma está representado principalmente por Alfred Adler, Karen Horney y Erik Erikson. Estos tres autores hacen énfasis en los aspectos sociales del desarrollo de la personalidad del individuo. La personalidad tiene, para ellos, características sociales de importancia igual o mayor que las biológicas, planteadas inicialmente por Freud, lo cual da a la psicología un carácter evidentemente social.

Pero el énfasis que de lo social hacen estos teóricos de la personalidad no es absoluto ni radical, pues le dan su importancia también, a las disposiciones naturales que cada uno de nosotros trae consigo desde el nacimiento, y que lograrán formarse a través de la educación recibida, formal e informalmente, en la sociedad.

Para Adler (1967) la herencia biológica y los factores ambientales no son causas directas de la conducta. Nuestro estilo de vida particular los moldea y transforma después de haber sido formado conforme al desarrollo de patrones conductuales fijos, duraderos y estables, nacidos en nuestra infancia.

El hombre y la sociedad son, idealmente, interdependientes, promoviendo cada uno el logro de los fines o metas del otro. Por ello, las teorías de estos autores se consideran, en realidad, sociopsicológicas, pues tratan de equilibrar lo social y lo individual.

Hall y Lindzey (1970) mencionan que el hombre es un ser creativo, individual, que está consciente de sí mismo y de la sociedad en que vive para cambiar y cambiaria. El hombre y la sociedad son modificables en caso de que no satisfagan sus necesidades mutuas.

Para Adler (1967), el hombre es capaz de crear su propio destino, de cambiarse a sí mismo y al mundo circundante.

Para Horney (1960), el individuo normal posee una imagen del yo que armoniza con los logros de su yo ideal, no es demasiado modesto ni demasiado dominante ni se somete en extremo a las condiciones circundantes. Puede sustituir sus necesidades o moderarlas cuando así lo requiera, volviéndose flexible al interactuar con la vida.

Para Erikson (1967), la personalidad individual puede modificarse en la edad adulta.

Alfred Adler (1967), creador de la "psicología individual", afirma que nuestra conducta está guiada por un deseo de superioridad que compensa el sentimiento de inferioridad que tenemos de la infancia. Esto nos permitirá tener poder sobre los demás o perfeccionarnos y realizarnos.

Nuestros objetivos orientan, de modo ficticio nuestra vida cotidiana, haciéndonos buscar, casi siempre de manera absoluta, una seguridad económica, laboral, amorosa, etc.

La personalidad de un individuo está rodeada de un contexto social, que le impide aislarse, tanto, que el conocimiento de un individuo necesita, además de los resultados de pruebas psicológicas individuales, del conocimiento de las circunstancias sociales e históricas que han caracterizado su vida hasta ese momento.

Por otro lado, nuestra vida en sociedad no es el producto de impulsos egoístas reprimidos o sublimados, sino una característica innata de nuestra especie, pero que requiere de un ambiente familiar facilitante, que le ayude a desarrollarse.

Para este mismo autor, la normalidad de un individuo depende del equilibrio existente entre nuestros motivos egoístas y nuestro interés social. Durante su vida, un individuo lucha constantemente por dejar de sentirse inferior a los demás y por llegar a sentirse superior a ellos. Nos motivan, por naturaleza, necesidades sociales, más que impulsos sexuales.

Erik Erikson (1966) afirma que la personalidad individual no se define en la infancia y puede cambiar aun en la vida adulta.

Erikson se interesó por el desarrollo psicosocial del individuo y explicó muchos conflictos tempranos como producto de la oposición entre los deseos infantiles y las restricciones medioambientales.

En cada etapa, el individuo afrontará la resolución de una crisis, superándose o fracasando, siempre bajo la influencia indudable de factores del medio cultural. Si se supera, fortalecerá aún más a su ego; si fracasa, se volverá más vulnerable. Este desarrollo dura toda la vida. La fuerza del yo depende de la interacción mutua entre la estructura de la personalidad y la sociedad. El éxito de una etapa específica, no garantiza por completo el éxito de otra posterior, pues se puede fracasar retrocediendo en cualquiera de ellas.

Erikson establece las etapas de desarrollo por las que se atraviesa en la vida, de la siguiente manera (Newman y Newman, 1983, pp.41):

Edad	Etapas
0-18 meses	Confianza Vs. Desconfianza.
18 meses -4 años	Autonomía Vs. Vergüenza y Duda.
8-11 años	Industria Vs. Inferioridad.
12-18 años	Identidad grupal Vs. Enajenación.
19-22 años	Identidad personal Vs. Difusión de roles.
23-30 años	Intimidad Vs. Aislamiento.
31-50 años	Creatividad Vs. Estancamiento.
51 ó más años	Integridad Vs. Desesperación.

Karen Horney (1960) postula que el individuo, merced a una secuencia de circunstancias desfavorables en su hogar desde la infancia, desarrolla un estado llamado "ansiedad básica", por el que se siente aislado e impotente ante un medio potencialmente hostil, que favorece una orientación neurótica en la vida.

Esta autora, aunque acepta la importancia del ambiente social en que vive un individuo, centra su atención en los factores intra-familiares que constituyen su personalidad. Estos, junto con la personalidad del individuo, condicionan la aparición de estrategias defensivas, que el niño busca para enfrentarse a las mismas circunstancias que lo rodean.

Para la investigadora estadounidense, el yo real del niño, incapaz de enfrentarse a las circunstancias presentes, se convierte, eventualmente, en un yo idealizado, que origina un sentimiento neurótico de orgullo, consistente en el aprecio exagerado por la propia persona, con pretensiones irreales y necesidades insaciables. La oposición ininterrumpida entre el yo ideal y el yo real llega, a la postre, a crear el llamado "conflicto central".

Horney también dice que el individuo neurótico hace que se mantengan muchos de sus conflictos internos, al desarrollar un amor y un odio hacia sí mismo que, de manera simultánea, son exagerados. Y sus orientaciones hacia, en contra o apartándose de la gente le plantean un conflicto con el mundo exterior.

El niño en función de su naturaleza y de su vida familiar, responde a las relaciones sociales de su mundo de un modo particular, adoptando una orientación específica, ya sea de humildad, expansiva o de entendimiento y resignación.

Aportaciones.

Para Cueli (1975) estos autores, con sus teorías, han ampliado el pensamiento freudiano, dándole a los aspectos sociales de la personalidad un lugar importante.

Hergenhahn (1984) opina que estos autores han desarrollado una visión optimista del ser humano y de la sociedad. De Horney menciona que enfatizó la importancia de las relaciones tempranas padres-hijo en su teoría del desarrollo de la personalidad. De Adler dice que una aportación considerable es su estudio de los efectos del orden de nacimiento en la personalidad y que fundó las bases de lo que después se llamó la psicología del yo. De Erikson menciona que su teoría es considerada por muchos como la más útil.

Limitaciones.

Para Hall y Lindzey (1970) una posible limitación del pensamiento de estos autores podría consistir en que sólo han desarrollado aspectos únicos, específicos, de la teoría de la personalidad de Freud. Han reducido a la personalidad que según Freud, abarca más ampliamente, muchos de los aspectos particulares desarrollados, por separado, por estos autores.

Bischof (1980) considera, por otro lado, que una debilidad de Horney y de Adler es su incapacidad predictiva.

PARADIGMA DE APRENDIZAJE.

Para Berstein (1982) este paradigma en vez de ver la importancia y existencia de los conflictos intrapsíquicos, los instintos básicos, las tendencias innatas y otros constructos no observables para el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana, se enfoca principalmente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan. La suposición básica es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social.

Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de

aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida. Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo tanto para la aparición de las conductas normales como problemáticas.

Bernstein también menciona que las semejanzas entre los individuos se explican al señalar los factores que tienen en común las normas, valores e historia de aprendizaje y que comparten la mayoría de las personas que pertenecen a una misma cultura.

Los mismos principios de aprendizaje que se invocan al explicar las diferencias y semejanzas entre los individuos, se emplean para explicar las circunstancias y discrepancias dentro de cada individuo.

La personalidad del individuo en este paradigma, según señala Bernstein, es ocasionada por el aprendizaje generalizado y/o las semejanzas de estímulo que puedan existir en un grupo de situaciones relacionadas. Por ejemplo, una persona puede permanecer tranquila y algo sería en la mayoría de las circunstancias si este patrón de comportamiento le ha sido recompensado, de manera consistente o intermitente en el transcurso de varios años y a través de una variedad de ambientes que eventualmente forman una sola categoría de estímulos.

Este paradigma tiene como meta, comprender las inconsistencias intraindividuales y otros fenómenos humanos "impredecibles" en términos de la especificidad conductual.

Características comunes en este paradigma según Bernstein:

- Se enfatiza la importancia de la conducta medible, así, es posible estudiar cualquier conducta siempre y cuando haya una manera aceptable de medición.

- Se hace énfasis en la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta de oposición a otras influencias como las heredadas; de éstas se exploran los límites que impone, en vez de simplemente presuponerlos.

- Como medio principal para ampliar el conocimiento acerca de la conducta y su evaluación, desarrollo y modificación se emplean los métodos y procedimientos de la ciencia experimental.

- La evaluación clínica y las funciones del tratamiento están íntimamente ligadas con los resultados de la

investigación experimental realizada con seres humanos y animales. La mayoría de los procedimientos clínicos se derivan principalmente de los principios de aprendizaje y la conducta social que provienen de estudios conductuales en el laboratorio sometidos continuamente a la investigación evaluadora.

-Se encuentran integradas la evaluación clínica y las funciones de tratamiento. Supone que los mismos principios de aprendizaje determinan tanto la conducta problemática y que, por lo tanto, la evaluación clínica se debe planear con el fin de determinar cómo aprendió sus actuales dificultades el paciente y cómo están siendo mantenidas para así preparar un aprendizaje nuevo, más adaptativo e individualizado.

Aportaciones.

La obra de Skinner (1979) es "mecanicista" en el sentido de implicar una regularidad u orden fundamental en la conducta de los organismos y es analítica. Al utilizar la experimentación puede pretender justificadamente una mayor validez que las formulaciones filosóficas o populares teniendo como ventaja el obtener un sistema de conducta que tiene una estructura determinada por la propia naturaleza del objeto estudiado.

El enfoque clínico llamado terapia conductual que se encuentra dentro de este paradigma se ha utilizado con éxito en delincuencia juvenil, alcoholismo, adicción a las drogas, tratamiento de fobias (Ayllon y Azrin, 1968; Atthowe y Krasner, 1968; citados por Hergenhahn, 1984).

Dollard y Miller (1950) objetivizaron los conceptos de Freud haciéndolos más manejables a pruebas experimentales. También describieron las clases de experiencias en la niñez que determinan las neurosis del adulto. Describen los principios básicos del aprendizaje apoyándose en Pavlov, Thorndike y Hull y hacen uso de ellos para explicar cómo la neurosis se aprende y cuáles son las condiciones terapéuticas de aprendizaje para su tratamiento.

Bandura y Walters (1978), con su teoría de aprendizaje social, reconocen la importancia del lenguaje, símbolos y mecanismos cognitivos de información y procesamiento. Enfatizan el aquí y el ahora en vez del pasado. Creen en el potencial del individuo al cambio.

En general, el atractivo de este paradigma es que rechaza explicaciones intrapsíquicas y subjetivas, define sus conceptos de manera operacional y apoya sus principios básicos en los datos de laboratorio.

Limitaciones.

Su perspectiva es muy estrecha pues al excluir las influencias genéticas y otras que no se basan en el aprendizaje, como la experiencia subjetiva, está reduciendo al hombre a un conjunto complejo de respuestas adquiridas que se derivan de una relación mecanicista con el ambiente (Bernstein, 1982).

Bernstein también menciona que sólo se puede aplicar a un campo limitado de la actividad humana en el que el comportamiento se puede medir. Por lo tanto, no puede conceptualizar o mejorar de una manera adecuada los problemas humanos de una naturaleza compleja e interna como por ejemplo, la culpa imaginaria o real de las transgresiones morales.

Una crítica a este paradigma mencionada también por este mismo autor, es que los principios de aprendizaje en los que se basa no están bien establecidos y los mismos teóricos de aprendizaje no se ponen de acuerdo acerca de dichos principios, como por ejemplo, el que aún sigue siendo motivo de discusión el tema acerca de la naturaleza y la función del reforzamiento en el proceso de aprendizaje.

Para Hergenhahn (1984) una crítica a Dollar y Miller es que usan ratas para aprender acerca de los humanos, su fracaso en reconocer el concepto del self en su teoría y su sobreénfasis en el condicionamiento y estímulo medioambiental en la conducta humana.

PARADIGMA EXISTENCIAL-HUMANISTICO.

La fenomenología y el existencialismo fueron introducidos en la psicología y psiquiatría estadounidense por Rollo May y colaboradores. (freedman, Kaplan y Sadock, 1981).

Para Chaplin y Krawier (1978) de todos los conceptos existenciales el más fundamental es el del ser. Este antiguo concepto ha sido subrayado frecuentemente en los escritos de Heidegger, Sartre y los psicoterapeutas existenciales.

Ser es estar en el mundo, es vivir entre cosas, animales, instituciones, personas y sus preocupaciones. Es vivir con uno mismo.

Estar en el mundo asume formas diversas como el medio físico y biológico, el mundo de la gente y de otros seres humanos, y el interior de nuestra propia consciencia. Las tres formas de estar en el mundo entrañan consciencia, porque todo lo que realmente conocemos es nuestra propia percepción del mundo biológico, físico y social que nos rodea. El ser es existencia consciente mientras que el no ser es esencia.

El ser es libre. El énfasis existencial de la libertad se encuentra en contraste con el determinismo freudiano y behaviorista.

El existencialismo hace hincapié en el futuro y en el devenir y es opuesto al pasado y a lo fijo. Se opone también a "esencias" en la teoría de la personalidad tales como el *ello*, *yo* y *superyó* de Freud. Sostiene que cada individuo es único y por ende no puede ser introducido a fuerza en un molde de clasificación.

Hergenhahn (1984) menciona que en este paradigma como la libertad es inherente al ser, así también lo es la ansiedad. Elegir entraña correr riesgos. Sus deseos y miedos le obligan a elegir, a correr el riesgo de estar o no en una situación dada. Así, el hombre no sólo tiene miedo de los peligros externos reales de su situación, sino que le aterroriza la posibilidad que procede de su imaginación, de poder fracasar en el control de la situación. Vacila entre la confianza y la falta de confianza en sí mismo.

Para Bernstein (1982) la mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos:

-A los seres humanos no se les considera ni como "portadores" de estructuras psíquicas o impulsos, ni "receptores" de reforzamiento, sino como personas activas, pensantes, que son responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.

-Supone que cada persona nace con una potencia real para el desarrollo y que esta potencia proporciona el motor de la conducta. Esta tendencia es innata, considera que las personas son esencialmente buenas y que luchan de manera natural por lograr la creatividad, el amor, la felicidad, la armonía y otras metas positivas.

-Considera que toda la actividad es normal, racional y comprensible cuando se le trata desde el punto de vista de la persona que se está observando, así pues, rechaza el concepto de enfermedad mental y el uso de otras etiquetas.

-En el trabajo clínico a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos: son seres humanos y nuestros semejantes. El pasado es menos importante que el presente y ayudar a una persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento emocional.

Dentro de los principales representantes, Hergenhahn (1984) menciona a Rollo May, George Kelly, Carl Rogers y Abraham Maslow.

Aportaciones.

Para Hergenhahn (1984) la psicología existencial-humanista ha rescatado a la psicología de caer en un mar de teorías que han perdido contacto con el mundo diario y con el don de la experiencia.

Según Hall y Lindzey (1970) esta corriente ayuda a revitalizar a la ciencia, que muchos sienten que se ha vuelto teóricamente moribunda. Ha tratado de describir la existencia humana en términos concretos. Ofrece un nuevo y profundo camino de estudiar y comprender al hombre.

Para Bernstein (1982) la orientación existencialista otorga un papel importante y central a la experiencia inmediata de cada persona. Subraya la importancia de la individualidad única en los seres humanos en general y de cada persona en particular. Es una aproximación optimista que se enfoca sobre las posibilidades positivas de la vida humana y da fe y confianza a la capacidad del individuo para crecer hasta lograr la plenitud completa de sus capacidades experienciales y conductuales.

Para Hergenhahn (1984) la teoría de Rogers ha tenido gran influencia en la psicoterapia, pues su enfoque positivo y humanista ha sido efectivo, no necesita mucho tiempo, y es positivo y optimista acerca de la naturaleza humana. Ha expuesto procesos psicoterapéuticos a exámenes científicos. Usando técnicas como la Q-sort se ha visto la tendencia del cliente a la congruencia como función de la terapia.

Para Cueli (1975) la mayor aportación de Maslow es el haber extendido el campo de la psicología al estudio de los hombres saludables.

Limitaciones.

Según Hergenhahn (1984) se ha criticado a la psicología existencial diciendo que es filosofía y no psicología; que arriesga la respetabilidad científica que la psicología ha ganado; al negar la utilidad de la investigación animal omite una de las principales áreas de la psicología; con terminología tan nebulosa es imposible probarla objetivamente; enfatizando los valores, respetabilidad y compromiso se acerca más a la religión que a la psicología; rechazando los experimentos controlados en favor del análisis fenomenológico para entender al hombre, es regresar a la psicología precientífica del pasado.

Bernstein (1982) menciona las siguientes críticas:

- no se presta suficiente atención a la importancia de la motivación inconsciente, las contingencias de reforzamiento, las influencias circunstanciales y los factores biológicos;
- no trata de manera adecuada el tema del desarrollo de la conducta humana. La formulación de postulados acerca de tendencias innatas hacia el crecimiento puede explicar el desarrollo pero no explica los procesos implicados.
- proporcionan descripciones excelentes del comportamiento humano pero por lo general no se enfocan sobre la exploración científica de sus causas funcionales.
- puede describir de manera teórica el comportamiento de todos los seres humanos, pero su aplicabilidad clínica se limita a los segmentos de la población cuyo ambiente intelectual, educativo y cultural es compatible con la naturaleza introspectiva de esta aproximación.
- estas teorías se dirigen a una extensión muy limitada de problemas. Pueden ser inútiles en situaciones en que las necesidades insatisfechas que se encuentran en lo más bajo de la jerarquía de Maslow (por ejemplo: alimento, trabajo) son la base del sufrimiento humano.

PARADIGMA FACTORIALISTA.

Para Cueli (1975) los autores que representan este paradigma son Joy P. Guilford, Raymond B. Cattell y Hans J. Eysenck.

Dentro de estas teorías se describen y explican muy bien conjuntos de rasgos y características del hombre.

Para Garrett (1969) por rasgo fundamental de la personalidad puede entenderse una disposición relativamente permanente revelada con congruencia en diversos comportamientos característicos. Pueden situarse a lo largo de un continuo y concebirse como bipolares, variando a lo

largo de una dimensión que se extiende entre los dos extremos.

Este mismo autor menciona que la esencia de las teorías factorialistas es que por lo general poseen un conjunto de variables o factores que se toman en cuenta como subyacentes y explicativos de la conducta humana. Estas variables derivan del análisis factorial que hace uso del álgebra de matrices y se utiliza para reducir un gran número de fenómenos observados a un número menor de variables más fundamentales.

Garrett también explica que el procedimiento del análisis factorial empieza por un conjunto de observaciones obtenidas de una muestra dada por medio de medidas a priori de variables básicas. Luego, se analizan estas observaciones con base en sus interrelaciones para determinar si las variables presentadas se pueden explicar en forma adecuada por un número menor de categorías básicas de aquellas con las que se inició la investigación. Se trata de determinar el número mínimo de factores que puedan explicar adecuadamente la matriz de correlación. De esta forma, datos obtenidos con un gran número de medidas a priori pueden ser explicados en términos de un número menor de variables de referencia.

Cueli (1975) dice que el análisis factorial intenta explicar desde el punto de vista estadístico las diferencias entre rasgos existentes en los individuos, más que la organización mental dentro de cualquier individuo. Se aplica en áreas como de baterías de pruebas industriales y vocacionales, de aprendizaje en animales, de inteligencia; estudios de personalidad, de discriminación auditiva, etc.

Los factores son construcciones hipotéticas o variables interventoras que se pueden relacionar tanto al estímulo como a la respuesta (Garrett, 1969).

Cueli, (1975) resume las aportaciones y limitaciones que diversos investigadores han encontrado en el análisis factorial:

Aportaciones:

El análisis factorial permitió descubrir si las pruebas planeadas para medir diferentes rasgos de personalidad median lo mismo o cosas diferentes. Permite hacer generalizaciones de las dimensiones de personalidad a través de una amplia muestra de comportamientos.

En este método, el científico permite que las variables (independientes e irrelevantes) varíen en forma natural, y las relaciones que existen entre estas variables y la dependiente se obtengan por medio de un análisis estadístico (Cattell, 1957; Cattell, 1965; citados en Bischof, 1980).

La variable dependiente se presenta con mayor validez, ya que no es una, sino un conjunto de ellas, que covarían como un factor (Cattell, 1957; Cattell, 1965; citados en Bischof, 1980).

El análisis factorial:
(Autores citados en Bischof, 1980)

- Intenta aclarar las causas e influencias responsables de una correlación (Cattell, 1957).
- Ofrece métodos precisos para manipular grandes cantidades de variables al mismo tiempo (Cronbach, 1960).
- Ha reducido en forma importante las insensatas interpretaciones que resultan de suponer que con cada prueba de diferente nombre se miden diferentes cosas (Cronbach, 1960).
- Es útil para determinar la validez de construcción de las pruebas (Cronbach, 1960; Anastasi, 1961).
- Proporciona una base y metodología más rigurosa desde el punto de vista experimental (Székely, 1969).
- Permite que los términos con los que cada individuo se puede describir se reduzcan y simplifiquen sin pérdida de información (Anastasi, 1961; Cronbach, 1960; Guildford, 1959; Székely, 1969; Hall y Lindzey, 1965; Sarason, 1966).
- Permite que el investigador agrupe en forma racional los reactivos que van juntos (Sarason, 1966).
- Tiene un amplio campo de aplicación (Fruchter, 1954; Sarason, 1966).

Limitaciones:

Quando se interpretan los factores interviene la subjetividad en la misma forma que en otras áreas o tipos de investigación (Sarason, 1966; Cronbach, 1960; Anastasi, 1961; Allport, 1961; Hall y Lindzey, 1965).

Existen tantos criterios para determinar hasta donde rotar los ejes de referencia que, en última instancia, el significado de los factores lo acaba determinando el

investigador como mejor le parece y no el método en sí (Allen, 1965).

Los rasgos identificados a través del análisis factorial son sencillamente expresiones de correlaciones entre medidas; no son entidades subyacentes o factores causales, sino categorías descriptivas (Anastasi, 1961).

Los significados de los factores cambian de tiempo en tiempo a medida que se agrupan nuevos factores y criterios (Cronbach, 1960).

Se obtiene del análisis factorial sólo aquello que se le dió, no se descubren cosas nuevas (Cronbach, 1960; Sarason, 1966; Allen, 1965; Hall y Lindzey, 1965).

Existen tantos métodos de extracción de factores que ni los mismos factorialistas llegan a ponerse de acuerdo en los significados que tienen los factores, aún cuando lleven el mismo nombre (Allen, 1965).

Uno de los investigadores que cree que la taxonomía o clasificación de la conducta es el primer paso crucial en el avance científico y que está convencido de que el análisis factorial es el instrumento más objetivo para conseguir este objetivo, es H.J. Eysenck. El dice:

"Si nuestra máxima tarea es suministrar por lo menos una solución provisional al problema taxonómico en la investigación de la personalidad, entonces estamos involucrados automáticamente en el problema de encontrar dimensiones de personalidad apropiadas. Y como método para ayudarnos a esta solución, debemos volver al análisis factorial, porque a pesar de las ya conocidas dificultades y debilidades de este método, no existe en el presente grado de nuestro conocimiento otro método que pudiera ayudarnos en nuestra búsqueda" (Eysenck, 1968, pág.42).

Lo importante de Eysenck y las teorías factorialistas es que no nada más ayudan a entender el constructo, sino que van más allá y tratan su medición.

Así pues, se puede enfocar el estudio del tabaquismo tomando en cuenta los diferentes paradigmas.

El paradigma factorialista es muy importante pues nos proporciona instrumentos de medición de los factores de personalidad y de las diferentes motivaciones que se ven involucradas en el fenómeno.

Otro paradigma importante es el sociocultural, pues al tabaquismo se le relaciona grandemente con factores sociales y culturales para su inicio y terminación.

El paradigma de aprendizaje nos da herramientas para entender el inicio, mantenimiento y fin de la conducta de fumar.

En el paradigma psicoanalítico se pueden analizar las experiencias tempranas en relación a fumar y la influencia que los padres tienen en su adquisición.

Del paradigma existencial-humanístico se pueden obtener elementos que ayuden a las personas que quieren dejar el hábito, a lograrlo.

CAPITULO 3.

PERSONALIDAD.

3.3. TEORIA DE LA PERSONALIDAD DE EYSENCK.

Existen diversos factores que influyen en la integración y condicionan a la personalidad. Algunos son profundos y permanentes como los determinados por la herencia y características físicas y fisiológicas, aunque sus manifestaciones estén delimitadas por el adiestramiento. Otros son transitorios y efímeros como los hábitos que se adquieren, como los hábitos de las buenas maneras de comportamiento en uno u otro sitio, la cortesía, el tacto con que se trata cierto tema o a las personas.

Existen diversas teorías que tratan de explicar estos factores y características. Hans J. Eysenck, psicólogo destacado, ha completado y suplementado el trabajo de los teóricos americanos de los rasgos, en varias formas importantes. La más importante es la extensión de la concepción de las dimensiones de la personalidad, y la utilización de técnicas cuantitativas en el estudio de la personalidad.

Eysenck afirma que es prematuro hablar de una teoría de la personalidad, pues para ello tendría que ser significativa, sensata y susceptible de ser probada e investigada. En su obra nunca afirma tener una teoría completa de la personalidad, considera que actualmente la formulación de ésta se encuentra en la etapa descriptiva o de clasificación. En su trabajo siempre trata de obtener un criterio o grupo control que no tenga esas cantidades o se diferencie por la cantidad poseída en grado opuesto y medible. Entonces sí puede hacerse investigación, por lo que casi siempre trabaja con dos grupos que resultan dicotomizados en cualquier categoría (ejemplo: honestidad-deshonestidad) que en ese momento se esté estudiando.

Hans Jurgen Eysenck nació el 4 de marzo de 1916 en Alemania. A los 18 años de edad abandona su país en protesta contra el régimen nazi. Se educó en distintas escuelas de Alemania, Francia e Inglaterra. Obtiene su licenciatura y doctorado en psicología en la University College de Londres, donde también obtuvo su doctorado en ciencias.

De 1942 a 1946 fue investigador jefe en el Hospital de Emergencia de Mill Hill. En 1955 ocupó el cargo de profesor

en psicología en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres. También ha sido director del departamento de psicología de los hospitales de Maudsley y Berthlehem de Londres desde 1946. (Bischof,1980).

Actualmente investiga y publica en diversas revistas como en "Personality and Individual Differences", coordina a un gran grupo de colaboradores y ha desplegado un volumen de trabajo considerable en los últimos años.

Es importante conocer algunos datos biográficos de Eysenck, dado que en el presente trabajo se utiliza su Cuestionario de Personalidad, instrumento fundamental para el tema que nos concierne.

CAPITULO 3.

PERSONALIDAD.

3.3.1. DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD.

La relevancia de describir los patrones de conducta del hombre más importantes, es reconocida por los psicólogos y la investigación de las dimensiones de la personalidad ha sido propuesta por muchos autores.

Para Eysenck la clasificación es una parte absolutamente fundamental en el estudio científico de la personalidad humana; una tipología satisfactoria es necesaria en psicología como lo es la tabla de Mendeleef de los elementos en química.

Por supuesto, esto ha sido reconocido por los psicólogos y casi cualquiera conoce la famosa clasificación tipológica de melancólico, colérico, sanguíneo y flemático de Galeno y autores posteriores como Kant y Wundt. Este sistema se relaciona con lo que Eysenck reconoce como dos de las dimensiones más importantes y claramente definidas: extroversión-introversión y estabilidad-inestabilidad; que se pueden representar como lo muestra la Figura 7 (v.pág.76).

Esta figura inmediatamente nos confronta con uno de los mayores problemas de clasificación. El primero de ellos debe ser puesto en términos de la pregunta "¿es categórico o dimensional?".

Para Kant -a quien este sistema debe mucho de su popularidad durante los últimos 200 años-, es categórico; la persona o es melancólica, o flemática, o colérica o sanguínea; las mezclas eran inadmisibles, (Bischof, 1980).

Para Wundt (1903) -quien es el más notable proponente del sistema Galeno en tiempos modernos en favor del punto de vista dimensional-, cualquier posición particular en este marco de referencia de dos dimensiones, es debido a una combinación de variaciones cuantitativas a lo largo de los continuos "extroversión-introversión" (él lo llama "lento-rápido") y "estable-inestable" (él lo llama fuerte-débil).

Los trabajos de Eysenck han seguido la dirección teórica de Kretschmer y Jung, quienes fueron probablemente los más conocidos tipologistas del periodo de la guerra y quienes

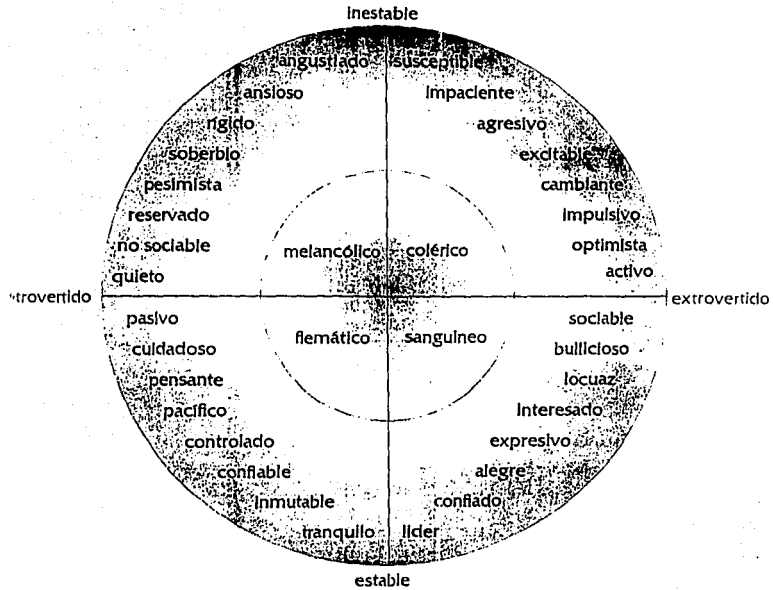


Figura 7: El círculo interno muestra los cuatro temperamentos de Hipócrates y Galeno, de afuera el círculo de afuera muestra el resultado de estudios factoriales analítico modernos de intercorrelaciones entre rasgos por Gullford, Cattell, Eysenck y otros.

postulan un sistema dimensional en vez de uno categórico. Tanto ellos como Eysenck aspiran a lograr poder identificar dimensiones primarias de la personalidad, lo cual permitirá el establecimiento de una tipología única.

La mayoría de los autores que escriben acerca de la personalidad están en favor del punto de vista categórico o del bidimensional, sin basarse en demostraciones experimentales. No es imposible obtener significancias experimentales y estadísticas para verificar una hipótesis y derrotar a la otra.

Eysenck ha aportado un gran número de medidas objetivas que poseen significados psicológicos y que pueden ser utilizadas para categorizar sus dimensiones. Ha tratado de hacer esto por medio del análisis de criterio, basado en el análisis por separado de factores de las intercorrelaciones entre pruebas administradas a uno o más grupos de criterio (Eysenck, 1950). El resultado de este método tiene en cada instancia reforzar la doctrina de continuidad y no de reforzar la de categorización.

Muchos autores americanos han preferido utilizar escalas descriptivas a nivel de rasgos, es decir, medir directamente ciertas conductas como la sociabilidad, impulsividad, actividad, vivacidad, y así sucesivamente (Bischof, 1980).

Para Eysenck, un sistema de pura descripción de rasgos correlacionados entre sí, como son los rasgos de personalidad, excluye la variable que puede ser la más importante de todas, la que subyace estas correlaciones. Apoyando su punto de vista (ver a la personalidad en dimensiones y no en rasgos), se ha visto que mientras conceptos como neuroticismo y extroversión se pueden aplicar fácilmente a distintas investigaciones, los conceptos de rasgos son muy engañosos y difíciles de trasladar de un estudio a otro (Mischel, 1973).

Eysenck opina que los conceptos a nivel de rasgo pueden ser útiles en ciertas circunstancias, tener una amplia aplicación práctica y alcanzar un nivel de reproductibilidad que por el momento caracterizan a los conceptos de nivel tipológico.

CAPITULO 3.

PERSONALIDAD.

3.3.2. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.

La definición de personalidad dada por Eysenck gira alrededor de cuatro patrones de conducta: el cognoscitivo (inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución).

Así, la personalidad "es la suma total de los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente; se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se organizan estos patrones conductuales..." (Eysenck, 1947, pp.57).

Para Eysenck (Cueli, 1975) las respuestas específicas dejan de serlo cuando se repiten varias veces y forman entonces respuestas habituales; algunas de este tipo se relacionan entre ellas y tienden a existir juntas en una misma persona y forman lo que Eysenck llamó un rasgo; los rasgos a su vez se organizan en una estructura más general y forman los tipos. Cada uno de estos conceptos tiene su contraparte en el proceso de extracción de factores en el análisis factorial. Los tipos corresponden al factor general; los rasgos a los factores de grupo; las respuestas habituales a los factores específicos; y las respuestas específicas corresponden al factor error.

Eysenck ha identificado tres dimensiones principales de la personalidad: neuroticismo (N), psicoticismo (P) y extroversión (E).

Estas tres dimensiones se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología utilizada es básicamente de naturaleza psiquiátrica. Se pueden resumir de la siguiente manera (Eysenck y Eysenck, 1975):

Extroversión-Introversión (E):

El típico extrovertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, no le gusta leer ni estudiar solo. Necesita emociones, a veces se arriesga en extremo, actúa según el ánimo del momento y es generalmente un individuo impulsivo.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

79.

Es muy dado a hacer bromas, siempre tiene lista una respuesta y generalmente le gusta "reír" y estar "alegre".

En el otro extremo está el introvertido. Este es una persona callada, aislada, introspectiva, es más aficionado a los libros que a las personas; es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura.

Neuroticismo-Estabilidad (N):

La persona típicamente emocional es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional. Sus reacciones desproporcionadas interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse algunas veces en una forma irracional y en ocasiones rígida.

Los individuos estables, por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura y son generalmente calmados, mantienen el control y son confiados.

Psicoticismo (P):

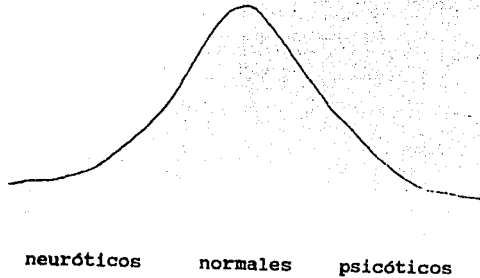
La típica persona con alto componente de psicoticismo o dureza es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costa de los demás. Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en esta escala.

Si aceptamos la validez de la mayoría de las medidas de Eysenck podemos ver que los dos tipos que ha aislado representan diferentes clases de personas; no sólo son distintivamente diferentes estos dos grupos, sino que la descripción es completa.

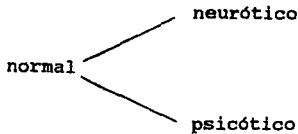
Estas descripciones se refieren a los sujetos como casos perfectamente típicos de cada una de las polaridades de la dimensión. Pocas son las personas que pertenecen a estos extremos.

En gran parte de los sistemas de personalidad que manejan conductas anormales el concepto general es la curva de Gauss o curva de campana. Por este medio los sujetos normales se distribuyen hacia el centro, quedando los

neuróticos y psicóticos en los lados opuestos, pudiéndose esquematizar así:



Otros intentos de delinear las diferencias existentes entre psicóticos, neuróticos y normales asume una dicotomía en la que el individuo normal se desvía como psicótico o neurótico del siguiente modo:



Eysenck sugiere un tercer método para enfocar las diferencias existentes entre personas normales, neuróticas o psicóticas. De este modo, la personalidad puede variar de normal a un patrón conductual mezcla de psicótico y neurótico. Este movimiento puede variar también de neurótico a una zona mezcla de psicótico y neurótico, para quedar en una conducta psicótica definitiva sin tocar la zona de conducta normal. Lo inverso de cualquiera de estos movimientos es igualmente posible. Eysenck considera que los casos mixtos de psicoticismo-neuroticismo se presentan con mayor facilidad que las conductas puramente psicóticas o neuróticas.

21.

Cuando se combina el neuroticismo con la extroversión se tiene a un individuo susceptible e inquieto, excitable, aprehensivo y hasta agresivo. Su principal característica es una conducta de constante preocupación por cosas que podrían ir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad por estos pensamientos (Eysenck y Eysenck, 1978).

Respecto a la dimensión de psicoticismo, Eysenck dice que a pesar del término psiquiátrico, se puede aplicar esta dimensión para medir rasgos de personalidad en personas normales, pues se trata con conductas normales y no con síntomas, con variables de la personalidad que subyacen a las conductas que se vuelven patológicas sólo en casos extremos, de ahí que difiere en mucho de la escala P del MMPI. Por ello prefiere llamar a la dimensión de "neuroticismo" como "emocional" y a la de "psicoticismo" como "propenso a lo difícil". Para Eysenck la palabra psicoticismo simplemente se refiere a un rasgo subyacente de personalidad presente en varios grados en todas las personas. Si se encuentra presente en grado considerable predispone a la persona a desarrollar anormalidades psiquiátricas.

Para explicar gráficamente su teoría, Eysenck desarrolla un esquema (Figura 8, v.pág.82).

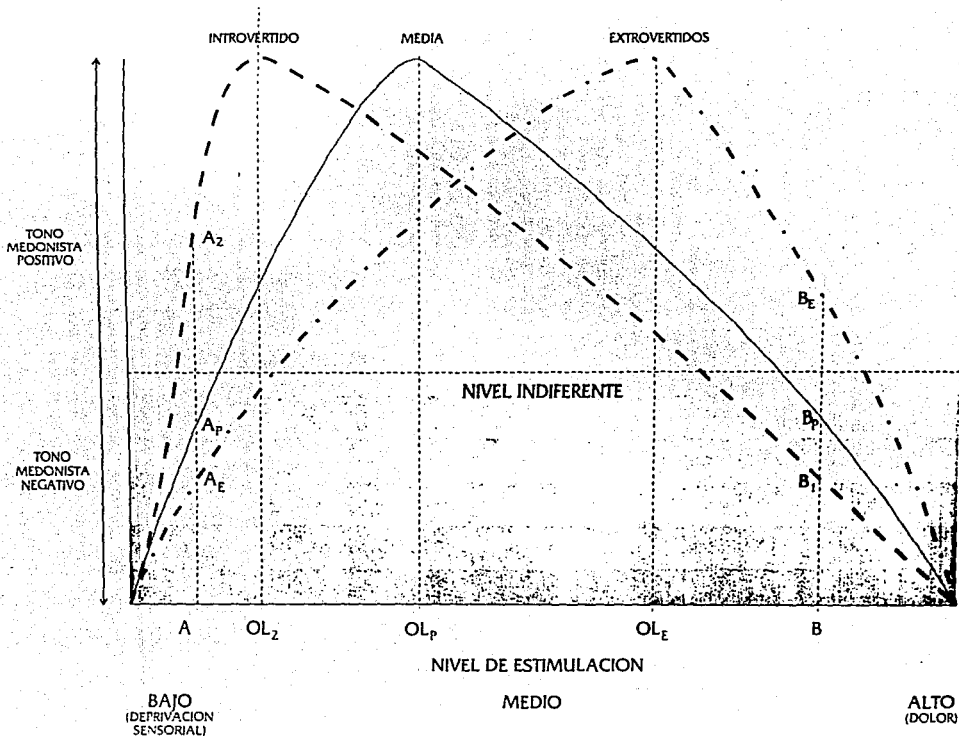
Este esquema muestra en el eje de las abscisas el nivel de estimulación al que el individuo se encuentra expuesto en una escala que va de baja (deprivación sensorial) a alta (dolor). En el eje de las ordenadas está graficado el tono hedonista, en una escala que va desde lo negativo hasta llegar a lo positivo.

La relación general entre estas dos variables es curvilínea, con preferencia para el nivel de estimulación intermedio entre la deprivación sensorial y el dolor. Este nivel de regulación óptimo es nombrado OLP.

La teoría de Eysenck, sostiene que los introvertidos tienen un nivel óptimo de estimulación cercano al extremo de baja estimulación en la abscisa, mientras que los extrovertidos tienen un nivel óptimo de estimulación cercano al extremo de alta estimulación en el eje de las abscisas. Este desplazamiento es una consecuencia directa del grado de estimulación cortical (Eysenck, 1963).

El nivel óptimo de estimulación para los extrovertidos e introvertidos está graficado en la figura como OLE y OLI. Considerando ahora dos estímulos, A y B que se encuentran cerca de los extremos de baja y alta estimulación de un continuo, el estímulo A es experimentado por los introvertidos como poseedor de un tono hedonista positivo y por los extrovertidos como poseedor de un tono hedonista negativo y como relativamente indiferente por el promedio de

Figura 8. Relación entre nivel de la potencia del impulso hedonista como función de la personalidad. Tomado de Eysenck 1963.



las personas. El estímulo B en el otro extremo, es experimentado como poseedor de un tono hedonista negativo por los introvertidos y como poseedor de un tono hedonista positivo por los extrovertidos y como indiferente para el promedio de las personas.

Si consideramos la consecución del tono hedonista positivo y evitar el tono hedonista negativo, como la meta fundamental de la ley del reforzamiento, puede verse que el mismo estímulo puede tener propiedades reforzadoras positivas, negativas o neutrales para diferentes organismos.

Si como esta teoría sugiere que los extrovertidos son más propensos a presentar subexcitación y los introvertidos sobreexcitación, el principio de reforzamiento sugiere que pueden adoptar diferentes estilos de vida y buscarán diferentes fuentes de placer y gratificación. Los extrovertidos se volverán lo que se ha dado en llamar, buscadores de sensaciones, buscando emociones, estímulos sensoriales fuertes y generalmente huyendo del aburrimiento. Esta búsqueda de sensaciones puede mostrarse a sí misma en una gran variedad de modalidades.

En el laboratorio, los extrovertidos han sido encontrados diferentes a los introvertidos en una gran serie de experimentos basados en la hipótesis de una excitabilidad cortical baja en los extrovertidos (Eysenck, H.J., 1968).

Dada esta teoría, en nuestro trabajo suponemos que los extrovertidos tenderán a fumar más que la población que no lo es, recurriendo al cigarro como un medio de obtener más sensaciones, sin que ello quiera decir que todas las personas que fuman son más extrovertidas que aquellas que no lo hacen, pues habrá sus excepciones.

CAPITULO 3.

3.4 PERSONALIDAD Y TABAQUISMO.

Muchas han sido las investigaciones que estudian la relación de variables de personalidad con actividades de salud y el uso de drogas (Murdaugh y Hinshow, 1986; Sieber, 1990; Grobe y Campbell, 1990; Winefield, Winefield y Tiggemann, 1989; Andrucci, Archer y Pancoast, 1989; Jones y Hartman, 1988; Poole y Evans, 1987; Marston, Jacobs y Singer, 1988; Arque y Torrubia, 1987; Lester y Parilis 1986; Kozicki, 1986; Lavoubie, McGee y Connell, 1986; Von Knoring y Oreland, 1985).

En estos estudios principalmente se han investigado a los adolescentes y de manera global, los factores que parecen estar relacionados con el uso de drogas, son los siguientes:

- actitudes antisociales, depresivas e hipocondríacas.
- gran necesidad de alienación.
- alta tendencia a evitar la monotonía.
- características de extroversión.
- características de agresividad.
- alto índice de autonomía.
- gran impulsividad.
- consumo de los padres.

En relación con el tabaco, se han encontrado características del individuo que lo predisponen a su consumo, como es el tener una personalidad con una orientación dependiente, tener pocos juicios de autoeficacia, tener sentimientos de desmoralización y necesidad de alienación social.

Greenberg y Bornstein (1988) señalan que un individuo con una personalidad de orientación dependiente, tiene un mayor riesgo de presentar una variedad de problemas psicológicos (incluyendo depresión, alcoholismo, obesidad, y dependencia al tabaco), que uno que no la tenga.

Los autores antes citados, enfocan la acción de fumar, como una conducta simbólica, en donde se enfatiza la estimulación oral y significa un deseo infantil de ser cuidado; lo que sugiere que las personas de una orientación dependiente tienen conflictos orales infantiles no resueltos.

Los autores también encuentran que la gente dependiente, sin importar la fuente de su angustia, prefiere afiliarse más que aislarse. Esto ocasiona que el adolescente, o el adulto dependiente, si se relaciona con un grupo que consuma tabaco, por su necesidad de pertenecer a él, también lo haga.

Stacy, Sussman y Dent (1992), examinaron moderadores de la influencia social de los pares ("peer"), en los adolescentes que fuman, en 1,245 estudiantes de preparatoria. Encontraron que los juicios de autoeficacia moderan de manera significativa los efectos de la influencia social en las tendencias a fumar, a mayor autoeficacia el adolescente es menos susceptible a las influencias sociales y por lo tanto tiene menor probabilidad de fumar.

La autoestima y el estres no fueron factores significativos en las interacciones evaluadas.

Los hallazgos son consistentes con las teorías que sugieren que ciertas variables situacionales y/o de personalidad actúan como amortiguadores, entre proteger al adolescente contra la influencia social o hacerlo más susceptible a tales influencias.

Winefield, Winefield y Tiggemann (1989), examinaron características demográficas (sexo, antecedentes étnicos y ocupación) y psicológicas (auto-estima, "locus of control", alienación social) de los usuarios y no usuarios de tabaco y alcohol.

Obtuvieron un reporte de 1,028 australianos de 19 años de edad, del uso de estas sustancias en la semana previa al estudio, y de 598 de ellos, se obtuvo información similar 3 años después.

Encontraron una asociación entre el fumar a los 22 años (particularmente comenzando entre los 19 y 22 años) y sentimientos de desmoralización y alienación social.

Ketterer y Maercklein (1992), encontraron en 240 pacientes propensos a tener enfermedades coronarias, que las personas que tenían personalidad tipo B, depresivas, ansiosas, y con características de irritación, enojo e impaciencia, fumaban más. Proponen la hipótesis de que las características antes mencionadas interfieren con el dejar de fumar y el evitar la recaída.

Así como se han encontrado características que predisponen al individuo al consumo del tabaco, también se han encontrado diversos factores que influyen en el éxito de su abandono.

Hao y Yang (1992), estudiaron los factores que intervienen en el éxito o fracaso del abandono del hábito tabáquico en 107 fumadores hombres y mujeres, que voluntariamente participaron en un programa de abandono tabáquico, llevado a cabo entre Mayo y Octubre de 1986.

Antes de realizar el programa, se identificaron los antecedentes de tabaquismo y actitudes de auto-confianza y de la familia. Al final del programa se realizó una auto-evaluación y se examinaron estados desadaptativos y el estado actual de tabaquismo. Se aplicaron el Inventario de Personalidad de Eysenck y el de motivos de fumar de Russell.

Las variables que predijeron el éxito en el abandono del hábito tuvieron relación con el sexo, auto-confianza, deseo de mejorar la salud, apoyo familiar, experiencia previa en el uso de drogas, síntomas de abstinencia severos y síntomas psiconeuróticos.

Una prueba que ha sido utilizada en el estudio del tabaquismo es la prueba del MMPI (Inventario multifacético de Minnesota de la personalidad). En esta prueba se han encontrado valores predictivos de sus escalas, del éxito en los programas de abandono del hábito tabáquico (Barefoot, Smith y Dahlstrom, 1989; Cottraux, Schbath y Messy, 1986)

Barefoot, Smith y Dahlstrom (1989), entrevistaron a 239 médicos acerca de su nivel de fumar en 1981. Se utilizaron datos del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) que se habían obtenido de los sujetos entre 1954 y 1959, cuando ellos todavía eran estudiantes de medicina.

84 sujetos que nunca habían fumado tuvieron puntajes indicativos de convencionalismo social (bajos puntajes en L, Pd; y altos puntajes en auto-control).

Un patrón similar existió entre 112 fumadores que abandonaron el hábito después de una historia relativamente corta de tabaquismo.

Comparado con los ex-fumadores, 43 sujetos que continuaban fumando al tiempo del estudio, obtuvieron altos puntajes en las escalas de Pd y Ma.

Los resultados son consistentes con la noción de que los procesos de inicio y cese de fumar pueden ser divididos en varias etapas de desarrollo y sugieren que las diferentes variables de personalidad pueden ser importantes en estas etapas.

Cottraux, Schbath y Messy (1986) realizaron un estudio en el cual 558 fumadores se distribuyeron al azar en uno de 4 grupos (acupuntura, terapia conductual, placebo y lista de espera), integrados para abandonar el cigarro. La duración de estos grupos fué de 15 días. Se les administró el Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI) antes, después y al año de haberse integrado en uno de los grupos antes mencionados.

El análisis de componentes principales aisló el factor depresión-psicastenia, contando con un 61% de la varianza de los puntajes del MMPI.

Cottraux, Schbath y Messy observaron que un número de escalas patológicas del MMPI predicen el fracaso en cualquiera de los grupos estudiados. La acupuntura tuvo mayor éxito cuando el perfil del MMPI era normal. La terapia conductual y el placebo tuvieron más éxito cuando el nivel de ansiedad del MMPI era anormal. Concluyen que los factores de personalidad se relacionan con la adicción al tabaco e influncian el éxito en los programas de su abandono.

Un estudio realizado en Cuba, que también relaciona variables de personalidad con el éxito en el tratamiento de su abandono; es el de García (1984).

Este autor investigó el estilo de vida y variables de personalidad en 32 pacientes vasculares Cubanos, que asistieron a psicoterapia para que se les ayudara a abandonar su hábito tabáquico. Dos meses después de comenzado el tratamiento, se dividió a los sujetos en 2 diferentes grupos: los que habían abandonado el hábito (17); y los que no lo habían abandonado (15).

Para ver la diferencia entre los grupos se realizó la prueba de Xi-cuadrada y se obtuvo lo siguiente:

-Aquellos sujetos que abandonaron el hábito tuvieron un nivel de inteligencia y educación más alto que aquellos que continuaban fumando.

-Los que no abandonaron el hábito tendieron a ser más viejos y a fumar más, que aquellos que abandonaron el hábito.

-Los sujetos que fumaban cigarros más fuertes tendían a rebelarse contra el programa de tratamiento.

García concluye que el estatus de salud del sujeto y los niveles de motivación son predictores significativos para el éxito en el tratamiento.

Otra prueba que se ha utilizado en el estudio del hábito tabáquico es el Cuestionario de 16 Factores de la personalidad (16PF).

Glover, Holbert, Alston, White y Edmundson (1990), compararon a 48 fumadores con 32 ex-fumadores utilizando el 16PF. Encontraron que la característica de personalidad relacionada con el hábito tabáquico fue la de confianza-escepticismo. Los sujetos fumadores fueron más escepticos y desconfiados que los ex-fumadores, teniendo también niveles más altos de tensión interna y sentimientos de inseguridad.

En los estudios anteriores, referentes a la relación de factores de personalidad con el abandono del hábito tabáquico, se han encontrado relaciones significativas. Existen otros estudios que no las han encontrado directamente y relacionan otros factores como la motivación para dejar de fumar, el grado de adicción y el consumo de alcohol, con el tabaquismo.

Maiani, Callegari y Sanavio (1990), estudiaron a 48 pacientes que habían tenido un infarto (MI). 13 pacientes continuaban fumando y 35 pacientes abandonaron el hábito desde su infarto o poco tiempo después. Los sujetos tuvieron una edad de 34 a 65 años.

Los autores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en los puntajes de los cuestionarios psicológicos aplicados a los pacientes fumadores y ex-fumadores (Inventario de Personalidad de Eysenck y el Inventario de Ansiedad State-Trait). Los datos sugieren que las actitudes, rasgos de personalidad, conductas y auto-control pueden no tener una relación directa en el mantenimiento de fumar.

En respuesta a las entrevistas los fumadores no se mostraron muy motivados para dejar el cigarro, dado los efectos placenteros de éste, opinando que sería muy difícil abandonar el hábito, respuesta muy diferente a la obtenida por los ex-fumadores.

Gmur y Tschopp (1987), estudiaron a 532 fumadores con un promedio de edad para los hombres de 38 años y para las mujeres de 34 años, que recibieron terapia de sugestión. Los sujetos fueron entrevistados antes del tratamiento, y re-entrevistados 4 meses, un año, 5 años y 12 años después del tratamiento.

73 de los sujetos que se habían abstenido de fumar a los 12 años del tratamiento, se compararon con 31 sujetos que habían continuado fumando casi sin interrupción, durante esos 12 años. Los factores de personalidad, sociodemográficos y características conductuales de fumar,

no mostraron relaciones significativas entre estos dos grupos. Los factores con los que se encontró cierta relación fueron el consumo de alcohol y una marcada adicción a fumar.

Diversos estudios se enfocan a la investigación de las variables de personalidad que influyen en el hábito tabáquico, entre fumadores y no fumadores. La mayoría de ellos encuentran que hay diferencias entre ambos grupos, en las variables de extroversión (Kriebel, Ganz y Stacher, 1992; Tokheim, Wanzenried y Powell, 1990; Sieber y Angst, 1990; Patil y Chengti, 1987; Lester y Collins, 1988; Imperato y Mitchell, 1986;), neuroticismo -emocionalidad- (Costa y McCrae, 1981; Nirmala y Swaminathan, 1985) y psicoticismo -dureza- (Pagestrom y Sawe, 1989; Bass, 1988; Gilbert, 1988; Lyvers, Boyd y Maltzman, 1982).

Kriebel, Ganz y Stacher (1992), al estudiar las características de personalidad de los fumadores y los no fumadores, relacionan que los típicos fumadores son extrovertidos, en tanto que los típicos no fumadores son introvertidos. Encuentran que los fumadores introvertidos y los no fumadores extrovertidos, tienen más disturbios de personalidad, que los típicos fumadores y no fumadores.

Tokheim, Wanzenried y Powell (1990), investigaron el efecto de fumar en la percepción de credibilidad. Para ello, presentaron fotografías de modelos fumando y no fumando, a 118 estudiantes fumadores y 154 no fumadores. Los modelos que fumaban tuvieron significativamente puntajes más altos en extroversión que los que no fumaban.

Sieber y Angst (1990), al cuestionar a 1,577 hombres a la edad de 19 y 31 años acerca del consumo de sustancias diversas, encontraron predictores específicos a la conducta de fumar, que fueron: hogares desintegrados, bajo nivel de preparación vocacional y características de extroversión.

Patil y Chengti (1987), al aplicar el Inventario de Personalidad de Eysenck a 200 granjeros fumadores y no fumadores, encontraron que los fumadores fueron más extrovertidos y sumisos que los no fumadores.

Lester y Collins (1988), encontraron que los sujetos que fumaban por relajación tuvieron puntajes más altos en extroversión.

Imperato y Mitchell (1986), sugieren que la decisión de fumar y de continuar haciéndolo tiene sus raíces en rasgos de personalidad, necesidades percibidas e influencias externas. Cuando se comparan a los fumadores adultos con los no fumadores, encuentran que los primeros son personas que les gusta el riesgo, son extrovertidos, compulsivos y desafiantes.

Dentro de los estudios que han encontrado el factor de neuroticismo (emocionalidad) relacionado a fumar, se encuentran los siguientes:

Costa y McCrae (1981), probaron que ciertas formas de fumar pueden contribuir a un bienestar psicológico. Dentro de las variables que midieron se encontraban las de extroversión y neuroticismo. La muestra fué de 1,101 hombres y se encontró que el fumar estaba asociado fuertemente con neuroticismo pero no con extroversión.

Nirmala y Swaminathan (1985), administraron el Inventario de Personalidad de Eysenck a 50 fumadores y 50 no fumadores hombres entre 18 y 22 años. Sus resultados con la prueba t y el análisis de correlación producto-momento, no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en extroversión.

Los no fumadores mostraron menos tendencias neuróticas que los fumadores. Los fumadores extrovertidos fueron más susceptibles, impacientes, agresivos e impulsivos que los no fumadores extrovertidos; y los fumadores extrovertidos fueron más ansiosos, irritables, rígidos y antisociales que los no fumadores introvertidos.

Se encontraron correlaciones positivas significativas entre la frecuencia de fumar, la edad y el incremento de neuroticismo. No se encontraron relaciones significativas entre la frecuencia de fumar y el grado de extroversión.

Otros autores, al aplicar el Cuestionario de Personalidad de Maudsley han encontrado relaciones significativas de los rasgos de extroversión y neuroticismo en la conducta de fumar. Encuentran que los fumadores tienen puntajes más altos en ambas escalas, que los no fumadores. (Wijatkowski, Forgas y Wrzasniewski, 1990; Iyer y Chadha, 1985).

Dentro de los estudios que han encontrado el factor de psicoticismo relacionado a fumar, se tienen los siguientes:

Fagestrom y Sawe (1989), estudiaron a pacientes fumadores con enfermedades crónicas ocasionadas por el tabaco, principalmente con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Encontraron que estos pacientes tienden a ser más renuentes a dejar de fumar que los fumadores sanos y no solicitan tratamientos para el abandono del hábito. Estos pacientes también tienden a ser más hostiles y solitarios (características de P), que los fumadores sanos.

Bass (1988), investigó a 67 pacientes hombres con angiografía (A) y 78 pacientes hombres que esperaban un bypass de las arterias coronarias (ABS). El 60% de los pacientes A fumaron antes de la angiografía y se clasificaron a 47 ABS como fumadores. A los sujetos se les

administró el Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Se encontraron una asociación entre los fumadores y la escala de psicoticismo. Una evaluación de seguimiento al año, mostró que los pacientes que seguían fumando se correlacionaron significativamente con psicoticismo y no con extroversión.

Wakefield (1988), administró el Cuestionario de Personalidad de Eysenck a 113 fumadores y 290 no fumadores y encontró una relación poco significativa entre fumar y psicoticismo. No encontró ninguna relación entre fumar y las escalas de extroversión y mentiras.

Gilbert (1988), evaluó a 46 fumadores y 46 no fumadores. Encontró que los fumadores tenían más actividad en las frecuencias altas en el EEG que los no fumadores, y menos actividad en las frecuencias bajas, cuando se encontraban relajados con sus ojos cerrados. Las mujeres fumadoras obtuvieron mayores puntajes en psicoticismo y menores en la escala de mentiras, que las mujeres no fumadoras. Entre los hombres la escala de psicoticismo fué la única medida significativa que diferenció a los fumadores de los no fumadores.

Lyvers, Boyd y Maltzman (1987), encontraron en un estudio de 12 fumadores y 12 no fumadores con una edad promedio de 22 años, que los fumadores obtuvieron puntajes más altos en la escala de psicoticismo que los no fumadores en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Pritchard (1991), al revisar los estudios que muestran que los fumadores obtienen puntajes más altos que los no fumadores en la escala de psicoticismo (P) del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, sugiere que la relación entre (P) y fumar, puede ser constitucional por naturaleza, pues predice la conducta de fumar. Encuentra que P se relaciona con atenuar el funcionamiento del sistema serotoninérgico del cerebro. La nicotina afecta la función serotoninérgica en animales y disminuye las conductas análogas a P, entonces, el fumar puede atenuar los niveles constitucionales de P relativos a conductas impulsivas en los humanos y la relación entre P y el fumar puede representar un efecto empleado por parte de los individuos con alto P, para prevenirse de actuar impulsivamente.

Pritchard toma a P como un indicador de impulsividad y cinismo, más que de psicopatía per se.

A manera de resumen, encontramos que el tabaquismo es un fenómeno complejo, en el que se ven involucradas características externas, y características internas del individuo.

Dentro de las características internas, son muy importantes las variables de personalidad, pues inclusive se ha hablado de que existen diferencias constitucionales entre el grupo de fumadores y no fumadores (Pritchard, 1991).

No obstante, encontramos que al estudiar la personalidad, se utilizan diferentes instrumentos de medición y se encuentran grandes diferencias entre unos estudios y otros. Probablemente estas diferencias se deban al diferente tipo de población estudiada, a características propias del hábito y a los instrumentos empleados.

Estas grandes diferencias nos muestran la importancia de seguir estudiando las variables de personalidad en el fumador y así, más adelante, poder hablar de características universales de los fumadores.

CAPITULO 4.**METODO.****HIPOTESIS.**

- 1.- Los pacientes fumadores (promedio de una cajetilla al día, que llevan fumando 20 años aproximadamente), obtendrán puntajes más altos en el factor de extroversión (E), que los no fumadores.
- 2.- Los pacientes fumadores obtendrán diferentes puntajes en los factores de neuroticismo (N), psicoticismo (P), y deseabilidad social (L), que los no fumadores.
- 3.- Dentro del grupo de fumadores, las mujeres tendrán diferentes puntajes en los factores de N, P y L, que los hombres.
- 4.- Los motivos de fumar farmacológicos (por estimulación, hábito y necesidad) se correlacionarán con el factor E.
- 5.- Los motivos de fumar de hábito y necesidad, se relacionarán con la cantidad de cigarros fumados al día.

DISEÑO.

La investigación presente, es de tipo retrospectivo y prospectivo, transversal y observacional.

VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Grupo de fumadores (GF). Pacientes que acudieron a la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de 1981 a 1986 y que tomaron el tratamiento. En promedio fumaban 29 cigarros al día. El que menos fumaba fueron 6 cigarros y el que más 65.

Grupo de no fumadores (GNF). Personas que actualmente no fuman en absoluto. El 82.1% nunca había fumado y el 17.9% hacía 5 años que había dejado de fumar.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Calificaciones obtenidas en los factores E, N, L y P del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (aplicado en el GF en la tercera sesión de tratamiento).

Calificaciones obtenidas en los motivos de mantenimiento (esimulación, manipulación, reducción de tensión, necesidad y hábito) del cuestionario de motivos de fumar de Russell (aplicado en el GF en la segunda sesión de tratamiento).

MUESTRA.

La muestra estuvo compuesta por 312 participantes, de los cuales 150 pertenecían al Grupo de Fumadores (GF) y 162 al Grupo de no Fumadores (GNF).

Para el GF se revisaron los expedientes de todos los pacientes que fueron aceptados para tratamiento en la Clínica de Tabaquismo del INER en un periodo de 5 años, de 1981 a 1986. Los principales criterios de exclusión eran: trastornos psiquiátricos graves, analfabetismo y una edad inferior a los 16 años.

Del total de expedientes (870), se agruparon los sujetos por sexo y grupos de edades (Tabla 1, ver más abajo). Posteriormente se seleccionaron al azar, de acuerdo con la Tabla de números al azar de Pick y López (1992, pág.87), 15 sujetos para cada celda, haciendo un total de 75 mujeres y 75 hombres (Tabla 2, ver más abajo).

Tabla 1. Agrupación por sexo y edad de la población de la cual se tomó la muestra para el GF.

Grupos de edad (años)	Sexo	
	Mujeres (n)	Hombres (n)
16-30	74	79
31-36	79	83
37-44	101	114
45-53	76	96
54 en adelante	47	107

Tabla 2. Agrupación por sexo y edad del GF.

Grupos de edad (años)	Sexo	
	Mujeres (n)	Hombres (n)
16-30	15	15
31-36	15	15
37-44	15	15
45-53	15	15
54 en adelante	15	15

Una vez seleccionada la muestra del GF, se extrajeron datos sociodemográficos (edad; estado civil; nivel educativo; ocupación; lugar de origen) y del hábito tabáquico (edad de inicio a fumar; número de cigarros al día; promedio en los últimos dos años; clase de cigarros; marca; intentos por abandonar el hábito; causas de reincidencia; cómo llegó a la Clínica; si los familiares fumaban; motivos de mantenimiento; personalidad), que habitualmente se obtienen en la Clínica mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada y dos cuestionarios autoaplicables: uno acerca de los motivos que el paciente tiene para continuar con el hábito (Russell, 1970), y el otro, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE) (Eysenck y Eysenck, 1975), en una versión traducida al español.

La muestra del GNF estuvo compuesta por 162 sujetos, 82 mujeres y 80 hombres, distribuidos por edad y sexo de la misma manera que el GF, a excepción de las edades de 14 a 30 años y de 31 a 36 años (ver la Tabla 3, que se presenta a continuación).

Tabla 3. Agrupación por sexo y edad del GNF.

Grupos de edad (años)	Sexo	
	Mujeres (n)	Hombres (n)
16-30	19	20
31-36	18	15
37-44	15	15
45-53	15	15
54 en adelante	15	15

Se incluyeron en el GNF sujetos que no fumaban. El 82.1% nunca lo había hecho y el 17.9% hacía 5 años que había dejado de fumar.

Se obtuvieron datos sociodemográficos (edad; estado civil; nivel educativo; ocupación;), datos acerca del hábito tabáquico (si ha fumado alguna vez en su vida o no; años que lleva sin fumar; si los familiares fumaban); y datos de su personalidad (CPE).

INSTRUMENTOS.

La prueba que se utilizó en esta investigación para medir la personalidad, fué el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE).

El CPE está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P), y Extroversión (E). Este modelo se puede considerar como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones que, subdivididas en un nivel más bajo, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o de instancias conductuales (Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988).

Las tres dimensiones del CPE se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es básicamente de naturaleza psiquiátrica. Las escalas también difieren mucho de aquellas que miden patología, como las del MMPI, en cuanto a que las dimensiones del CPE se refieren a aquellas variables de personalidad que subyacen a la conducta, las cuales se vuelven patológicas solamente en casos extremos (Lara, 1989). Por esto se prefiere usar el término de "emocionalidad" al de "neuroticismo" y el de "dureza" al de "psicoticismo".

Una cuarta escala, la de Deseabilidad social o de Mentiras (L) intenta medir la intención de falsificar las respuestas.

El CPE es el resultado de varios cuestionarios de personalidad previos y fué estandarizado en Inglaterra en 1975 con una muestra de 2,312 hombres y 3,262 mujeres (Eysenck, 1975). Desde entonces un número considerable de estudios transculturales han demostrado que el CPE contiene escalas de personalidad que pueden ser aplicables a otros países (Barrett y Eysenck, 1984).

En México se realizó un primer estudio de validación del CPE en 1989 (Eysenck y Lara, 1989), encontrándose todos los factores obtenidos en Inglaterra, virtualmente idénticos a México, al realizar comparaciones entre los factores.

La introducción de algunos cambios en la calificación de las escalas para México produjo coeficientes de confiabilidad bastante aceptables en el rango de 0.68 a 0.87. Estas guías de calificación (que especifican los reactivos finalmente incluidos en cada escala) se obtuvieron mediante la inspección de los pesos factoriales de los reactivos incluyéndose sólo aquéllos con pesos adecuados en cada escala.

Dados los resultados de este primer estudio, se decidió profundizar en la validez interna y la confiabilidad del instrumento en 1992 (Lara, Cortés y Verduzco, 1992).

Para cada escala se llevaron a cabo los siguientes análisis: frecuencia de respuesta de cada reactivo, curva de distribución de las calificaciones, discriminación de los reactivos por medio de coeficientes tetracóricos, análisis factorial, cálculo de la comunalidad y coeficiente de confiabilidad.

Los resultados apoyaron de manera importante la validez y confiabilidad del CPE en México, y sugirieron modificaciones muy leves a las guías de calificación reportadas anteriormente (Eysenck y Lara, 1989).

El CPE utilizado en la presente investigación todavía no tenía las modificaciones realizadas por Eysenck y Lara, (1989), y Lara, Cortés y Verduzco (1992). Sin embargo, dado que se encontraron todos los factores obtenidos en Inglaterra, virtualmente idénticos a México (Eysenck y Lara, 1989) y dado que muchos estudios transculturales han demostrado que el CPE contiene escalas de personalidad que pueden ser aplicables a otros países (Barrett y Eysenck, 1984), se decidió investigar sobre los datos del CPE que ya se tenían y que se archivan en el INER, datos obtenidos durante 5 años.

Para el grupo de fumadores, se aplicó una traducción del CPE que consta de 90 preguntas que se distribuyen de la siguiente manera:

Para N, 22 reactivos en total	22 reactivos de SI
Para E, 21 reactivos en total	20 reactivos de SI
	1 reactivo de NO
Para L, 21 reactivos en total	6 reactivos de SI
	15 reactivos de NO
Para P, 26 reactivos en total	14 reactivos de SI
	12 reactivos de NO

El cuestionario aplicado se muestra en el Apéndice 1 (v.pág.167).

Las preguntas agrupadas por factores se muestran en las tablas 4, 5, 6 y 7. (Apéndice 2, v.pág.170).

Para el grupo de no fumadores se aplicó la misma traducción del CPE aplicada al grupo de los fumadores (Ver Apéndice 1, pág.167).

De acuerdo al estudio realizado por Lara, Cortés y Verduzco (1992) se modificaron las escalas, quedando así:

En la escala de N:

Se anuló el reactivo 47 (Se preocupa usted por su salud), por no enfatizarse la intensidad del rasgo.

Se anuló el reactivo 66 (Se preocupa usted mucho por su apariencia), por no encontrarse apropiado en esta escala.

Se incluyó el reactivo 41 de E (Se considera usted una persona tensa), por ser más un indicador de neuroticismo que de extroversión en nuestra cultura.

El reactivo 53 de P (Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo, le preocuparía) se había incluido en esta escala (Eysenck, Lara, 1989), pero se anuló (Lara, et.al,1991), pues no mostró una validez adecuada. Un alto porcentaje de personas mostró este tipo de preocupación, lo que sugiere algo más cultural que una conducta típica de N.

En la escala de E:

Se anuló el reactivo 29 (Prefiere usted leer a conocer gente), pues en México, es del conocimiento general que leer, no es un hábito tan común como lo es en otros países, por lo que probablemente esta pregunta no sea un buen indicador de introversión.

Se anuló el reactivo 64 (Con frecuencia toma usted más actividades de las que tiene tiempo), pues se observó en este reactivo un peso factorial alto en la escala L en el grupo de hombres (Eysenck y Lara, 1989), lo que sugiere que los que respondieron que sí, buscaban dar una imagen adecuada. No mostró ser éste un rasgo de extroversión.

El reactivo 40 de N se incluyó en E (Comunmente toma usted la iniciativa para hacer buenos amigos), por ser un indicador de extroversión en nuestra cultura.

En la escala de L:

Se anuló el reactivo 4 (Se ha dado crédito por algo que usted sabía que otra persona había hecho) y se incluyó en P.

Se anuló el reactivo 13 (Cuando dice que hará algo cumple usted siempre su promesa sin importar qué tan inconveniente pueda ser) y se incluyó en P.

Se anuló el reactivo 28 (En algunas ocasiones habla de cosas sobre las que usted no conoce nada) y se incluyó en P.

Se encontró que los reactivos 4, 13 y 28 miden con mayor validez rasgos de Psicoticismo, lo que sugiere que dentro de la cultura mexicana, no comportarse de la manera esperada en estos aspectos, es más negativo que el sólo mostrar una imagen desfavorable de uno mismo.

En la escala de P:

Esta escala es la más controvertida quizá porque su contenido no está distribuido normalmente entre la población. Estos rasgos se encontraron con una frecuencia muy baja por lo que muchos de los reactivos presentaron problemas de discriminación y pesos factoriales bajos. La poca validez de los reactivos que se anularon, los autores (Lara, Cortés, Verduzco, 1992) lo explican así:

Se anuló el reactivo 2 (Se detiene usted a pensar todas las cosas antes de hacerlas), muestra poca validez y se cree que porque se pregunta de una manera muy indirecta sobre posibles rasgos de impulsividad de la persona.

Se anuló el reactivo 9 (Cierra usted su casa cuidadosamente en la noche), pues no se pone énfasis en la intensidad del comportamiento que, por otra parte, dados los altos índices de violencia registrados en los últimos años en la Cd. de México, podría llevar a que esta conducta se considerara como adaptativa.

Se anuló el reactivo 18 (Considera usted que los "seguros" (Vida, automóvil, etc.) son una buena idea), pues las actitudes respecto a comprar seguros tienen que ver mucho con las costumbres y los servicios en cada cultura.

Se anuló el reactivo 57 (Le gusta llegar a sus citas con mucha anticipación), pues tuvo más que ver con deseabilidad social.

Otro cuestionario que se aplicó a el GF fué el de motivos de mantenimiento de Russell (1970). El cuestionario consta de 35 preguntas y cada una de ellas tiene tres opciones de respuesta que son: muy frecuentemente, ocasionalmente y nunca (Ver Apéndice 3, pág.174).

El Cuestionario de Russell tiene 7 factores que se resumen de la siguiente manera:

Psicosocial: se fuma sólomente cuando se está con otras personas. La frecuencia de fumar varía dependiendo de la frecuencia de las reuniones sociales que se tengan.

Estimulación: se fuma para evitar la fatiga.

Manipulación: se fuma por el ritual que se crea alrededor del cigarro.

Relajación: se fuma cuando se está tranquilo, en un momento de descanso, asociado con el café.

Necesidad o Adictivo: se fuma más por necesidad que por placer.

Hábito o Automático: se fuma sin darse cuenta, automáticamente.

Se tienen 5 preguntas para cada factor y se suma la puntuación obtenida en cada uno de ellos. Si la respuesta es frecuentemente, se dan tres puntos; si la respuesta es ocasionalmente, se dan dos puntos; si la respuesta es nunca, se dan cero puntos.

Al sumarse las preguntas de cada factor se interpreta de la siguiente manera:

- de cero a 3 puntos, no es motivo.
- de 4 a 6 puntos, es motivo importante.
- de 7 a 9 puntos, es motivo muy importante.

Una misma persona puede tener varios motivos muy importantes por los que fuma.

Estos motivos de fumar, representan un hábito de fumar y no un tipo de fumador.

PROCEDIMIENTO.

Para el GF se aplicó el CPE de manera grupal a 101 grupos que en promedio tenían 8.6 integrantes.

Las instrucciones se dieron por escrito y fueron las siguientes: "Por favor conteste cada pregunta poniéndole al "SI" o al "NO" un círculo. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Contesté el cuestionario lo más rápido posible y no piense demasiado en el significado de las preguntas".

Al GF también se le aplicó el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell a nivel grupal. Las instrucciones se dieron verbalmente: "De cada pregunta tiene usted tres opciones de respuesta, si su respuesta es muy frecuentemente coloque el número 3, si es ocasionalmente el número 2 y si es nunca, el número cero. No deje preguntas sin contestas".

A los pacientes de la Clínica de Tabaquismo se les hacía una entrevista psicológica antes de ingresar a su tratamiento. El CPE se aplicaba en la segunda sesión de tratamiento y el de motivos, en la tercera sesión. Se encontraban el terapeuta y el co-terapeuta en el momento de la aplicación del CPE y del Cuestionario de Russel, para resolver cualquier duda.

Al GNF se les aplicó el CPE de manera individual. Las instrucciones también aparecían impresas en la prueba. Adjunto se encontraban impresas las preguntas referentes a sus datos personales. Se hizo mucho incapié en que no dejaran respuestas sin contestar.

Una vez recolectados todos los cuestionarios, se ideó un código para poder analizar en la computadora los resultados obtenidos.

ANALISIS ESTADISTICO.

Para las variables ordinales y nominales utilizamos tabulaciones cruzadas por intervalos, tablas de 2x2 y 2x4.

En el análisis de los factores de personalidad (E, P, N, L) como variables continuas, utilizamos t-pareada y ANOVA, según si se analizaron dos o más de dos medias respectivamente.

En virtud de que la prueba t se aplicó para evaluar la diferencia de las medias de la misma muestra en 4 y 6 ocasiones (4 factores de personalidad y 6 factores de motivos de mantenimiento), fué necesario aplicar la corrección de Bonferroni para ajustar el nivel de significación. Esto se logró multiplicando por 4 y 6 respectivamente, el nivel de significación correspondiente a cada valor de t.

Para el caso de las variables con distribución "desviada" y con bajo número de observaciones, utilizamos la prueba de Kruskal Wallis.

El nivel de significancia se estableció si la P fué menor a 0.05.

RESULTADOS.

Presentaremos en primer lugar los resultados obtenidos para la muestra total, después se describirán las diferencias y semejanzas de los grupos de fumadores (GF) y de no fumadores (GNF) y por último se mencionarán otras características del GF, motivo primordial del presente trabajo.

Muestra total:

En cuanto a los datos demográficos de la muestra total (n=312), nos muestran que existe igual número de hombres que de mujeres. (Gráfica 1, v.pág.124).

La edad media fué de 40.9 años con una desviación estándar de 12.6. El rango de edades fué de 17 a 77 años, predominando los sujetos de 31 a 40 años. (Gráfica 2, v.pág 125).

En la tabla 4 (v.pág.105), se muestran las características de estado civil, nivel educativo y ocupación de los sujetos, la cual describimos a continuación.

Respecto al estado civil, llama la atención que no haya diferencias entre los solteros y los casados ($\bar{x} = 0.5738$, $gl=1$, $p=0.5$). Se observa (Gráfica 3, v.pág 126), que la proporción de individuos casados (63%) es superior, aunque no es significativamente mayor, que la de solteros (37%). Situación semejante la encontramos al subdividir la muestra por estado civil y género, lo que se puede constatar en las gráficas 4 y 5 (v.pág 127 y 128).

En cuanto al nivel educativo si encontramos diferencias significativas ($\bar{x} = 0.0620$, $gl=1$, $p=0.02$) donde hay más universitarios (63%) que pre-universitarios (36%). (Gráfica 6, v.pág 129).

Al incluir la variable género encontramos una asociación significativa ($\bar{x} = 11.88$, $gl=1$, $p=0.001$) debido al hecho de que hay más mujeres en el nivel pre-universitario (53%) (Gráfica 7, v.pág.130); y más hombres en el universitario (66%) (Gráfica 8, v.pág.131).

Al analizar la variable ocupación se tomaron los porcentajes de acuerdo a 309 sujetos ya que hubo 3 sujetos de la muestra de fumadores que no constataron. Como podemos observar en la gráfica 9 (v.pág.132), el 41% era profesionista, seguido por el 21% de empleados, luego por el 20% que se dedicaban al hogar, 8% eran jubilados, 7%

estudiantes y 7% se dedicaban a otras actividades (comercio, actividades técnicas). (En la gráfica 10 -v.pág.133 -, se muestran estos porcentajes subdivididos en fumadores y no fumadores).

Al incluir la variable género, encontramos asociaciones significativas en las ocupaciones de profesionistas ($\bar{X}=6.5194$, $gl=1$, $p=0.01$) (Gráfica 11, v.pág.134) y "otros" ($\bar{X}=3.85$, $gl=1$, $p=0.05$) (Gráfica 15, v.pág.138), en donde hay más hombres que mujeres (61% para los primeros y 10% para los segundos).

También encontramos una diferencia significativa en la ocupación de hogar ($\bar{X}=51.56$, $gl=1$, $p=0.001$) (Gráfica 13, v.pág.136), donde como era de esperarse, prevalecieron las mujeres (38%).

En las ocupaciones de empleados (Gráfica 12, v.pág.135) y estudiantes (Gráfica 14, v.pág.137) no hubo asociaciones significativas al incluir la variable género.

Tabla 4. Estado civil, nivel educativo y ocupación de los sujetos estudiados.

Categoría		G.F. (n)			G.N.F. (n)			Muestra Total (n)		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T
Estado Civil	Soltero	29	30	59	24	33	57	53	63	116
	Casado	46	45	91	56	49	105	102	94	196
	Total	75	75	150	80	82	162	155	157	312
Nivel Educativ	Pre-Univ.	36	39	75	15	44	59	51	83	134
	Univers.	35	40	75	69	34	103	104	74	178
	Total	71	79	150	84	78	162	155	157	312
Ocupación	Profes.	35	20	55	44	30	74	79	50	129
	Empleado	25	9	34	12	21	33	37	30	67
	Hogar	3	27	30	0	33	33	3	60	63
	Estudian.	5	1	6	9	6	15	14	7	21
	Otros	13	5	18	2	1	3	15	6	21
	Jubilados	2	2	4	2	2	4	4	4	8
	Total	86	64	150	69	93	162	155	157	312

GF = Grupo Fumador.
GNF= Grupo No Fumador.
H = Hombres.
M = Mujeres.
T = Total.

Pre-Univ. = Pre-Universitarios.
Univers. = Universitarios.
Profes. = Profesionistas.
Estudian. = Estudiantes.

En la Tabla 5 (ver más abajo), se muestran los datos de la muestra total de tabaquismo de los familiares, mismos que describiremos a continuación.

Como podemos observar, en relación al tabaquismo de la madre, hubo más madres no fumadoras (72%) que fumadoras (28%) (\bar{x} =25.48, $g_1=1$, $p=0.001$). Al incluir la variable género, no encontramos valores significativos.

Respecto al antecedente de tabaquismo del padre de la muestra total, la mitad fumaba y la otra mitad no tenía el hábito. Al igual que para las madres, no se encontraron valores significativos al incluir la variable género, pero sí se encontraron al relacionar el tabaquismo del padre con si el hijo era o no fumador; existiendo más hijos fumadores para padres fumadores y más hijos no fumadores, para padres no fumadores (\bar{x} =24.11, $g_1=1$, $p=0.001$).

Referente al tabaquismo de la pareja hubo más parejas no fumadoras (62.5%) que fumadoras (37.4%) (\bar{x} =31.09, $g_1=1$, $p=0.001$). Al subdividir la muestra por sexos encontramos valores significativos (\bar{x} =5.03, $g_1=1$, $p=0.05$), existiendo más hombres con pareja no fumadora (65%) y más mujeres con pareja fumadora (56%).

Tabla 5. Tabaquismo de los familiares (madre, padre, pareja) de los sujetos estudiados.

Tabaquismo de familiares	Fumadores (n)			No Fumadores (n)			Muest.Total (n)		
	H	M	T	H	M	T	H	M	
Padre	Fuma	22	34	56	12	13	25	34	47
	No Fuma	42	30	72	65	67	132	107	97
	Total	64	64	128	71	81	157	141	144
Madre	Fuma	42	39	81	26	28	54	68	67
	No Fuma	22	19	41	49	48	97	71	67
	Total	64	58	122	75	76	151	139	134
Pareja	Fuma	23	35	58	11	19	30	34	54
	No Fuma	26	15	41	53	53	106	79	68
	Total	49	50	99	64	72	136	113	122

Muest. = Muestra
H = Hombres.
M = Mujeres.
T = Total.

Los resultados de la personalidad de la muestra total, evaluados por el Cuestionario de la Personalidad de Eysenck (CPE), se muestran en la Tabla 6, que a continuación se presenta.

Tabla 6. Comparación de medias de la muestra total, por sexos, de las escalas de personalidad de Eysenck.

Muestra Total						
Escala	Hombres (n=155)		Mujeres (n=157)		Rango Teórico	t
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ		
P	4.49	2.80	4.52	2.84	(0-26)	-0.03
N	10.84	4.84	11.88	3.96	(0-22)	-1.01
L	10.11	3.94	10.47	3.87	(0-21)	0.56
E	11.66	4.12	11.68	4.22	(0-21)	-0.02

Como podemos observar, en ninguna de las dimensiones de la personalidad, las comparaciones entre hombres y mujeres mostraron diferencias significativas entre los sexos.

La escala que obtuvo puntuaciones más bajas fué la de "psicoticismo" (P). Dentro del rango teórico (de 0 a 26), las respuestas de esta escala tan sólo fueron del 17.3%.

Las escalas de "neuroticismo" (N), "deseabilidad social" (L), y de "extroversión" (E), obtuvieron puntuaciones semejantes (un promedio de 11.10 puntos).

Dentro del rango teórico, en la escala N (de 0 a 22), un 52% de respuestas cayeron dentro de la media; en la escala L (de 0 a 21), un 49%; y en la escala E (de 0 a 21), un 55.57%.

Es importante hacer notar que en la escala N la media de individuos del sexo femenino es discretamente superior, aunque no es significativamente mayor, que la proporción de varones.

A continuación haremos el contraste del Grupo de fumadores (GF), contra el de no fumadores (GNF):

En cuanto a la frecuencia con que se fuma, el GNF estuvo constituido por sujetos que en su mayoría nunca habían fumado un cigarro completo (82.1%); el resto hacía más de 5 años que no fumaba (Gráfica 17, v.pág.140), y el GF (Gráfica 18, v.pág.141), por sujetos que fumaban diariamente desde menos de 10 cigarros (4.67%), hasta más de 50 cigarros al día (7.33%).

Para ambos grupos existió el mismo número de hombres que de mujeres.

Todos los sujetos del GNF pertenecían a la zona metropolitana y el 72% del GF también lo eran; siendo el resto de este grupo (28%) de provincia.

Respecto a la edad, la predominancia del rango de 31 a 40 años encontrada en la muestra total se da para ambos grupos de estudio; 32% para el GF y 29.7% para el GNF, como podemos observar en la gráfica 2 (v.pág.125). Para el GF en este rango casi se duplica el porcentaje en relación a las edades anteriores y declina en edades posteriores, lo que indica un mayor arraigo del hábito en la adultez media. También podemos observar que a partir de las edades de 51 a 60 años se empiezan a perder diferencias entre los dos grupos y finalmente son más los no fumadores.

Tanto para el GF como para el GNF existió el mismo número de solteros que de casados, aunque como se observa en la gráfica 3 el porcentaje de casados superó al de solteros para el GF (34% contra 18%) y para el GNF (29% contra 19%). Situación semejante la encontramos al subdividir las muestras por estado civil y género, aunque como se observa en las gráficas 4 y 5 (v.págs.127 y 128), el mayor número de solteros lo constituyen las mujeres (26% para el GF y 28% para el GNF) y el de casados los hombres (23% para el GF y 29% para el GNF).

Del grupo de casados para el GF, la mitad fueron mujeres y la otra hombres.

Respecto al nivel educativo en el GF la mitad de los sujetos tuvieron un nivel Universitario y la otra mitad pre-Universitario, mientras que en el GNF el 33% fue Universitario y el 29% pre-Universitario ($\bar{x} = 24.32$, $g1=1$, $p=0.001$) (Gráfica 6, v.pág.129).

Existieron más mujeres pre-Universitarias tanto para el GF (29%) como para el GNF (33%) ($\bar{X} = 11.88$, $g1=1$, $p=0.001$). (Gráfica 7, v.pág.130).

Para ambos grupos hubo más hombres Universitarios; para el GNF (39%) y para el GF (33%). (Gráfica 8, v.pág.131).

Respecto a la ocupación encontramos el mismo número de GF que de GNF para los profesionistas, empleados, hogar y jubilados. Al incluir la variable género, a la pertenencia al GF-GNF, no se encontraron valores significativos para los profesionistas, jubilados y el hogar. Sin embargo, para la ocupación de empleados (Gráfica 12, v.pág.135), encontramos más hombres fumadores (38% contra 18% de GNF) y más mujeres no fumadoras (31% contra 14% de GF), ($\bar{X} = 4.7$, $g1=1$, $p=0.05$).

Entre los estudiantes (Gráfica 14, v.pág.137), los GNF prevalecieron a los GF, (71% contra 29%), ($\bar{X} = 3.85$, $g1=1$, $p=0.05$).

Al dividir los estudiantes por género encontramos mayor número de mujeres no fumadoras que fumadoras (28% contra 5%), ($\bar{X} = 4.16$, $g1=1$, $p=0.05$).

En los sujetos que se dedicaban a "otras actividades" (gráfica 15, v.pág.138), encontramos más GF (86%) que GNF (14%), ($\bar{X} = 10.7$, $g1=1$, $p=0.001$). De este subgrupo de ocupación, encontramos igual número de mujeres de GF que de GNF, pero mayor número de hombres GF que GNF ($\bar{X} = 8.06$, $g1=1$, $p=0.001$).

En la tabla 5 (v.pág.106), se muestran los resultados de tabaquismo de los familiares del GF y GNF.

La influencia de la madre es muy importante. Hubo más hijos no fumadores para las madres no fumadoras (84% contra 16%) ($\bar{X} = 25.48$, $g1=1$, $p=0.001$). Esta influencia fué más fuerte en las hijas ($\bar{X} = 20.34$, $g1=1$, $p=0.001$) que en los hijos ($\bar{X} = 5.75$, $g1=1$, $p=0.02$).

Las madres no fumadoras predominaron a las fumadoras tanto en el GF (56% contra 44%), como en el GNF (84% contra 16%).

Al dividir por sexos este dominio nos encontramos que esta predominancia sólo fué inversa en las hijas fumadoras, en las cuales hubo más madres fumadoras.

La influencia del padre también fué muy importante. En el GF hubo más padres fumadores (66% contra 34%) y en el GNF más padres no fumadores (65% contra 35%) ($\bar{X} = 24.11$, $g1=1$, $p=0.001$). Esta influencia se da significativamente tanto para los hombres ($\bar{X} = 12.03$, $g1=1$, $p=0.001$) como para las mujeres ($\bar{X} = 10.88$, $g1=1$, $p=0.001$).

Respecto a la pareja, los resultados muestran que si ésta no fumaba, los sujetos en su mayoría tampoco fumaban (78% contra 22%), y si la pareja fumaba, los sujetos tendían a fumar más (59% contra 41%) ($\bar{x} = 31.09$, $gl=1$, $p=0.001$).

Al analizar esta relación por sexo, aunque significativa en ambos, nos encontramos que es más fuerte en la mujer ($\bar{x} = 21.01$, $gl=1$, $p=0.001$) que en el hombre ($\bar{x} = 10.30$, $gl=1$, $p=0.01$).

Al comparar al GF y GNF en las escalas de personalidad de Eysenck, mediante la prueba "t" de Student (Tabla 7, ver más abajo), nos encontramos que existen diferencias significativas entre ambos grupos en las escalas de (P) "psicoticismo" ($t=2.66$, $gl=310$, $p=0.0328$), (N) "neuroticismo" ($t=9.40$, $gl=310$, $p=0.0000$), y (L) "deseabilidad social" ($t=-6.03$, $gl=310$, $p=0.0000$). En las dos primeras el GF obtuvo puntajes más altos, en tanto que en la tercera, el GNF fué mayor.

Dentro del rango teórico, en la escala P un 19% de respuestas cayeron dentro de la media para el GF y un 15.69% para el GNF; en la escala N un 62.54% para el GF y un 40.81% para el GNF; y en la escala L un 42.66% para el GF y un 55.38% para el GNF.

Tabla 7. Comparación de las escalas de Personalidad de Eysenck entre el GF y el GNF.

Escala	Fumadores		No Fumadores		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	4.94	2.98	4.08	2.67	(0-26)	2.66	0.0328
N	13.76	4.58	8.98	4.37	(0-22)	9.40	0.0000
L	8.96	3.78	11.63	4.03	(0-21)	-6.03	0.0000
E	11.68	4.03	11.67	4.29	(0-21)	0.01	

Al analizar por separado a los hombres de las mujeres, encontramos que para los hombres (Tabla 8, v.pág.111), tanto en la escala de "psicoticismo" como en la escala de "neuroticismo", los puntajes fueron más altos para el GF.

En la escala de "psicoticismo" la media fué de 5.13 para el GF y de 3.85 para el GNF ($t=2.83$, $gl=310$, $p=0.0108$). En

la escala de "neuroticismo" la media fué de 13.49 para el GF y de 8.20 para el GNF ($t=6.76$, $gl=310$, $p=0.0000$).

Así mismo, encontramos una relación inversa a las anteriores, al obtener puntajes más altos los hombres no fumadores en la escala de "deseabilidad social" (11.57 contra 8.66 de los hombres fumadores) ($t=4.58$, $gl=310$, $p=0.0000$).

Dentro del rango teórico, en la escala P un 19.73% de respuestas para los hombres del GF cayeron dentro de la media y un 14.80% para los de el GNF; en la escala N un 61.31% para el GF y un 37.27% para el GNF; y en la escala L un 41.23% para el GF y un 55.09% para el GNF.

Tabla 8. Comparación en hombres entre el GF y el GNF en las escalas de personalidad de Eysenck.

Escala	Fumadores		No Fumadores		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	5.13	2.99	3.85	2.62	(0-26)	-2.83	0.0108
N	13.49	5.42	8.20	4.27	(0-22)	-6.76	0.0000
L	8.66	3.92	11.57	3.96	(0-21)	4.58	0.0000
E	11.62	4.07	11.71	4.17	(0-21)	0.12	

Respecto a las mujeres (Tabla 9, v. pág.112), encontramos que en las únicas escalas en donde hubo diferencias significativas entre el GF y el GNF, fueron las escalas de "neuroticismo" y de "deseabilidad social". En la primera, los puntajes fueron más altos para las mujeres fumadoras y en la segunda, para las no fumadoras.

En la escala de "neuroticismo" la media fué de 14.02 para el GF y de 9.75 para el GNF ($t=6.68$, $gl=310$, $p=0.0000$). En la escala de "deseabilidad social" la media fué de 9.25 para el GF y de 11.69 para el GNF ($t=-3.92$, $gl=310$, $p=0.0004$).

Dentro del rango teórico, la escala N obtuvo un 63.72% de respuestas para las mujeres del GF y un 44.31% para las de el GNF; y la escala L obtuvo un 44.04% para el GF y un 55.66% para el GNF.

Tabla 9. Comparación en mujeres entre el GF y el GNF en las escalas de personalidad de Eysenck.

Escala	Fumadores		No Fumadores		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	4.74	2.97	4.31	2.72	(0-26)	0.94	
N	14.02	3.57	9.75	4.35	(0-22)	6.68	0.0000
L	9.25	6.34	11.69	4.11	(0-21)	-3.92	0.0004
E	11.73	4.01	11.63	4.43	(0.21)	0.14	

Otras características del GF:

En la descripción que a continuación se presenta, se toma en cuenta únicamente a el grupo de fumadores (n=150). Se analizarán semejanzas y diferencias entre ellos y características propias del grupo.

Como se observa en la tabla 10 (v.pág.113), las mujeres fumaron menos en promedio (\bar{x} = 25.89), que los hombres (\bar{x} = 32.62) (t= -3.07, gl=148, p=0.0025), sin embargo, en las mujeres la que menos fumó fueron 6 cigarrillos al día y la que más 65. En los hombres el rango fué de 7 a 60.

Tanto para los hombres como para las mujeres, la cantidad que prevaleció de cigarrillos fumados al día fué el rango de 11 a 20, siendo que a mayor edad menor cantidad de cigarrillos se consume (Gráfica 19, v.pág.142).

Tabla 10. Nivel de adicción tabáquica para la muestra del GF.

Cantidad	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total (n)
Menos de 10	1	6	7
11-20	24	32	56
21-30	18	19	37
31-40	13	14	27
41-50	8	2	10
51 o más	7	3	10
Total	71	76	147
X	32.62	25.89	
SD	14.58	12.16	
SR	1.68	1.40	
Mínimo	7	6	
Máximo	60	65	

De las diferentes clasificaciones que se han realizado al agrupar a los sujetos por el número de cigarros fumados diariamente, tomamos la utilizada en México en la Clínica de Tabaquismo (1990), por Gavito, Ortega, Gutiérrez y Aguirre. Se dividió a los sujetos en fumadores "ligeros" (hasta 20 cigarros) y fumadores "pesados" (más de 20 cigarros) (Tabla 11, ver más abajo).

Encontramos que existen más fumadores "pesados" hombres, que mujeres ($\bar{X} = 3.91$, $gl = 1$, $p = 0.05$), y que las mujeres se distribuyeron por igual entre FL y FP.

Tabla 11. Fumadores "ligeros" (FL) y fumadores "pesados" (FP), por sexo.

Clasificación	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total (n)
FL	25	38	63
FP	46	38	84
Total	71	76	147

Al comparar el número de cigarros fumados diariamente (Gráfica 19, v.pág.142), con el promedio de cigarros consumidos en los últimos 2 años (Gráfica 20, v.pág.143), observamos que la distribución de los porcentajes de cigarros consumidos, fué similar. Las cantidades fumadas permanecieron constantes.

En relación con la edad a la que se empezó a fumar los datos se presentan en la tabla 12 (v.pág.115) y en las gráficas 21 y 22 (v.pág.144 y 145).

El 4.66% de los fumadores empezó el hábito antes de los 11 años, correspondiendo este porcentaje en su totalidad a los hombres fumadores pesados; el 71.33% entre los 12 y los 18 años, etapa en la cual las mujeres (36%) se iniciaron por igual que los hombres (35.33); el 13.32% entre los 19 y los 22 años, en donde también encontramos el mismo número de mujeres (6.66%) que de hombres (6.66%); el 8.68% entre los 23 y los 30 años, en donde prevalecieron las mujeres (7.34%) a los hombres (1.34%); el 2% entre los 31 y los 50 años, correspondiendo este porcentaje en su totalidad a los hombres; nadie reportó haber iniciado después de los 51 años. (Gráficas 22 y 23, v.págs.145 y 146).

Así pues, podemos observar que de acuerdo a las etapas de desarrollo psicosocial de Erikson, tanto hombres como mujeres se iniciaron a fumar en su mayoría cuando se encontraban en la primera adolescencia, en la etapa de identidad grupal.

Los hombres se iniciaron a fumar más jóvenes (en la segunda niñez) que las mujeres ($t=2.7716$, $gl=148$, $p=0.063$); abarcaron un mayor rango de edades de inicio los primeros (de 8 a 32 años) que las segundas (de 12 a 30 años).

Nadie se inició a fumar en la edad madura.

Tabla 12. Edad de inicio del hábito tabáquico de los fumadores, de acuerdo a las etapas psicosociales de Erikson.

Etapas Psicosociales de Erikson	Edad (años)	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total (n)
Industria Vs. Inferioridad (2ª niñez)	8-11	7	0	7
Identidad grupal Vs. Enajenación (1ª adolescencia)	12-18	53	54	107
Identidad personal Vs. Difusión de roles (2ª adolescencia)	19-22	10	10	20
Intimidad Vs. Aislamiento (1ª adultez)	23-30	2	11	13
Creatividad Vs. Estancamiento (2ª adultez)	31-50	3	0	3
Integridad Vs. Desesperación (Edad madura)	51 ó más	0	0	0

Respecto la edad en la que se inició a fumar y el número de cigarros consumidos diariamente no se encontraron asociaciones significativas ($t=1.6628$, $gl=8$, $p=0.1$) (Tabla 13, v. pág. 116).

Se observa que hubo más sujetos que fumaban más de 20 cigarros al día (58%), que los que fumaban menos de esta cantidad (42%).

Tabla 13. Edad en la que se inició a fumar y número de cigarrillos consumidos al día.

Edad (años)	Cantidad (n)		Total (n)
	menos de 20	más de 20	
8-11	3	4	7
12-18	39	68	107
19-22	11	9	20
23-30	9	4	13
31 o más	1	2	3
Total	63	87	150

Para conocer más a los sujetos fumadores se investigó el tipo de cigarrillos consumidos, si eran clasificados suaves (claros) o fuertes (oscuros). Los resultados mostraron que no hubo diferencias entre éstos, pues la mitad fumaba cigarrillos suaves (50.6%) y la otra mitad, fuertes (49.4%), (Gráfica 23, v.pág.146).

También se investigó si los que fumaban cigarrillos fuertes lo hacían con o sin filtro y se vio que la mayoría prefirió con filtro (44.7%).

En cuanto a las marcas consumidas (Gráfica 24, v.pág.147) se obtuvo una mayoría en Marlboro rojo (24.6%), seguido por Raleigh (10.7%) y luego por Marlboro blanco (10%).

Las marcas Baronet, Commander y Viceroy se consumieron por igual (9.2%).

Los que consumieron Delicados lo hicieron en mayor proporción sin filtro (6.1%), que con filtro (2.3%).

La marca Sport se consumió un poco más que la marca Fiesta y ésta un poco más que la Kent (4.6%, 3.8% y 3% respectivamente).

Las marcas que se consumieron por igual en penúltimo lugar fueron Del Prado, Winston y Alias (1.5%).

Las marcas que menos se consumieron fueron Benson, Lark y Salem, con un 0.7% para cada una de ellas.

El estudio demostró que entre el grupo de fumadores se busca con frecuencia abandonar o reducir el hábito aunque sin éxito.

El 60% lo había intentado. De este 60% la mitad había tenido un intento por dejar el tabaco; el 20% dos intentos y el 20% tres o más intentos. (Gráfica 25, v.pág.148). (Las implicaciones terapéuticas de esto se mencionarán más adelante en el capítulo de discusión y conclusiones).

Al reportar las causas por las que les fué difícil mantenerse sin fumar se tiene como primer motivo de recaída a la ansiedad con un 55.33%; seguido por placer con un 26.67%; después por falta de voluntad, con un 16.67%; y como último motivo se tuvo la depresión con un 1.33%. (Gráfica 26, v.pág.149).

Los sujetos que reportaron ansiedad fué tanto por afrontar la urgencia de fumar durante el período de abstinencia (de una semana a un año), como por el sentimiento de ansiedad provocado por situaciones estresantes.

Al analizar por sexo los motivos de recaída, no encontramos diferencias en ninguno de ellos, como se puede observar en la Tabla 14, que a continuación se presenta.

Tabla 14. Motivos de recaídas, por sexo.

Sexo	Motivos (n)				Total
	Ansiedad	Placer	Falta de Voluntad	Depresión	
Masculino	40	24	10	1	75
Femenino	43	16	15	1	75
Total	83	40	25	2	150

Estos resultados muestran que se recae más para evitar un estado displacentero, que para lograr uno placentero.

Se analizó al GF para ver si existía alguna relación entre si habían o no intentado abandonar el hábito y el

número de cigarros consumidos diariamente (Menos de 20 contra 20 o más). No se encontraron diferencias significativas entre las dos variables ($\bar{x} = 2$, $gl=1$, $p=0.20$). Ver Tabla 15, que a continuación se presenta.

Tabla 15. Intento por abandonar el hábito tabáquico en relación con la cantidad de cigarrillos fumados diariamente.

Ha intentado dejar de fumar	Cantidad (n)		Total (n)
	menos de 20	más de 20	
Si	40	50	90
No	20	40	40
Total	60	90	130

En cuanto a los motivos para fumar obtenidos del cuestionario de Russell (por hábito; por estimulación -estim.-; por manipulación -manip.-; por necesidad -neces.-; por reducción de tensión -red.tens.-; y por relajación -relaj.-), no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de ellos (Tabla 16).

Tabla 16. Motivos para fumar expresados por Hombres y Mujeres del GF.

Motivo	Hombres		Mujeres		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
Hábito	4.4	2.66	4.3	2.71	(0-15)	0.27	4.68
Estim.	5.4	3.03	5.5	2.96	(0-15)	-0.21	3.28
Manip.	4.0	2.65	4.7	2.71	(0-15)	-1.61	0.40
Neces.	7.3	2.32	7.1	2.44	(0-15)	0.58	2.04
Red.Tens.	7.0	2.44	7.1	2.74	(0-15)	-0.37	2.80
Relaj.	7.1	2.16	7.3	2.39	(0-15)	-0.60	2.16

A mayor puntuación obtenida en el motivo, mayor importancia de éste para el fumador, así, si se obtiene una media de 1 a 3 puntos, el motivo no es considerado importante; si se obtiene una media de 4 a 6 puntos, el motivo es considerado como importante; y si se obtiene una media de 7 a 9 puntos, el motivo es considerado como muy importante.

Las subescalas de hábito, estimulación y manipulación (medias que van de 4.0 a 5.5) fueron consideradas como motivos importantes por los sujetos.

Las subescalas de necesidad, reducción de tensión, y relajación (medias que van de 7.0 a 7.3) fueron consideradas como motivos Muy Importantes por los fumadores.

Se utilizó el análisis estadístico de ANOVA al investigar las variables de cantidad de cigarros fumados al día y la importancia del motivo para el fumador.

El efecto de las subescalas de hábito ($F=8.43$, $gl=2$, $p=0.0012$) y necesidad ($F=3.50$, $gl=2$, $p=0.0329$) es significativo, a más alto sean, mayor es el número de cigarros fumados al día.

Las subescalas de estimulación, manipulación, reducción de tensión y relajación no fueron significativas (Tabla 17).

Tabla 17. \bar{x} de cigarros/día por motivos de fumar.

Motivo	No my. Imp.		Importante		Muy Imp.		F	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ		
Hábito	24.2	11.73	31.3	13.38	34.8	15.06	8.43	0.0012
Estim.	27.0	12.0	29.8	14.0	30.2	14.68	0.71	
Manip.	29.0	13.07	29.1	13.94	29.8	15.06	0.05	
Neces.	23.5	11.54	23.6	9.65	30.7	14.25	3.50	0.0329
Red.Tens.	24.8	12.3	30.4	15.47	29.5	13.51	0.02	
Relaj.	25.1	10.63	29.6	14.25	29.6	14.02	0.57	

Se utilizaron los análisis estadísticos de ANOVA y de Kruskal Wallis al investigar las variables de la importancia del motivo para el fumador (De 1-3, no importante; de 4-6, importante; de 7-9, Muy Importante) con las escalas de Personalidad de Eysenck (N -Neuroticismo, E -Extroversión, L

-Deseabilidad Social, y P -Psicoticismo) y no se encontró ningún efecto significativo.

En relación a las escalas de Personalidad de Eysenck se realizaron varios análisis para conocer mejor al GF y ver si las diferencias encontradas en las escalas de P, N y L existentes entre el GF y el GNF también se daban dentro del GF tomando en cuenta la cantidad de cigarros fumados al día.

Primero se realizó una agrupación de acuerdo a si el fumador era "ligero" (FL) (De 0 a 20 cigarros al día) o "pesado" (FP) (De más de 20 cigarros al día), puesto que se han encontrado diferencias entre estos subgrupos en la escala L (deseabilidad social) (Gavito, Ortega, Gutiérrez y Aguirre, 1990).

No se encontraron diferencias significativas para ninguna de las escalas (Tabla 18).

Tabla 18. Comparación de las Escalas de Personalidad de Eysenck en FL y FP.

Escala	FL (n=63)		FP (n=87)		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	4.71	2.96	4.97	2.97	(0-26)	-0.53	2.3764
N	2.31	4.99	13.08	5.24	(0-22)	-0.89	1.4852
L	9.39	3.86	9.52	3.82	(0-21)	-0.20	3.3436
E	2.42	3.79	12.11	4.05	(0-21)	0.47	2.5280

Nuevamente para ambos grupos (FL y FP) las escalas con puntuaciones más altas fueron las de Neuroticismo (N), y Extroversión (E), y las más bajas, las de Psicoticismo (P).

Al incluir la variable género en FL y FP tampoco encontramos diferencias significativas (Tablas 19 y 20, que a continuación se presentan).

Tabla 19. Comparación entre mujeres de las Escalas de Personalidad de Eysenck de FL y FP.

Escala	FL (n=38)		FP (n=37)		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	4.02	2.25	5.24	3.35	(0-26)	-1.84	0.2748
N	11.97	4.86	13.08	4.13	(0-22)	-1.06	1.168
L	9.60	3.92	9.83	3.45	(0-21)	-0.27	3.1452
E	12.23	3.81	12.02	4.44	(0-21)	0.21	3.3072

Tabla 20. Comparación entre hombres de las Escalas de Personalidad de Eysenck de FL y FP.

Escala	FL (n=25)		FP (n=50)		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	5.76	3.60	4.78	2.68	(0-26)	1.32	0.7568
N	12.84	5.24	13.08	5.98	(0-22)	-0.17	3.4608
L	9.08	3.81	9.30	4.10	(0-21)	-0.22	3.2936
E	12.72	3.82	12.18	3.79	(0-21)	0.57	2.256

Posteriormente se estudió a la población en grupos contrastantes, distribuyéndose en G1 (sujetos que fumaban hasta una cajetilla diaria -hasta 20 cigarros-), y en G2 (sujetos que fumaban más de 2 cajetillas diarias -40 o más cigarros). Tampoco se encontraron diferencias significativas para ninguna de las escalas.(Tabla 21, v.pág.122).

Tabla 21. Comparación de las Escalas de Personalidad de Eysenck de G1 y G2.

Escala	G1 (n=63)		G2 (n=23)		Rango Teórico	t	P
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ			
P	4.71	2.69	4.86	2.59	(0-26)	-0.22	3.3008
N	12.31	4.99	12.30	4.22	(0-22)	0.01	3.9644
L	9.39	3.86	9.65	3.35	(0-21)	-0.28	3.1188
E	12.42	3.79	11.82	3.65	(0-21)	0.65	2.0496

Para ambos grupos (G1 y G2) las escalas con puntuaciones más altas fueron las de Neuroticismo (N), y Extroversión (E), y las más bajas, las de Psicoticismo (P).

Para entender más finamente las semejanzas y diferencias en las escalas de personalidad de Eysenck, realizamos un análisis más fino de reactivo por reactivo.

En la escala P de 26 reactivos, encontramos 6 preguntas en las que casi la totalidad de los sujetos contestaron una de las dos opciones (sí; no).

En la pregunta 22: ¿Tomaría usted drogas que pudieran tener efectos extraños y peligrosos?, el 94.4% contestó que no.

En la pregunta 26: ¿Disfruta usted de lastimar a las personas que ama?, el 97.5% contestó que no.

En la pregunta 53: Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo, ¿le preocuparía?, el 95.06% contestó que sí.

En la pregunta 61: ¿Su mamá fué o es una buena mujer?, el 97.5% contestó que sí.

En la pregunta 76: ¿Sus amigos rompen fácilmente con usted sin que esto sea por su culpa?, el 94.4% contestó que no.

En la pregunta 79: ¿Le gusta en algunas ocasiones molestar a los animales?, el 94.4% contestó que no.

En la escala N de 22 reactivos, encontramos mediante el análisis de χ^2 , dos preguntas que no discriminaron entre las frecuencias de respuesta de sí y no ($p=0.001$).

En la pregunta 12: ¿Se preocupa frecuentemente por cosas que no debió haber hecho o dicho?, el 54.3% contestó que sí y el 45.7% contestó que no.

En la pregunta 31: ¿Se considera usted una persona nerviosa?, el 46.9% contestó que sí y el 53.1% contestó que no.

En la escala L de 21 reactivos también encontramos dos reactivos que no fueron discriminativos de las frecuencias de respuesta ($p=0.001$).

En la pregunta 13: Cuando dice que hará algo, ¿Cumple usted siempre su promesa sin importar que tan inconveniente pueda ser?, el 48.1% contestó que sí y el 51.9% contestó que no.

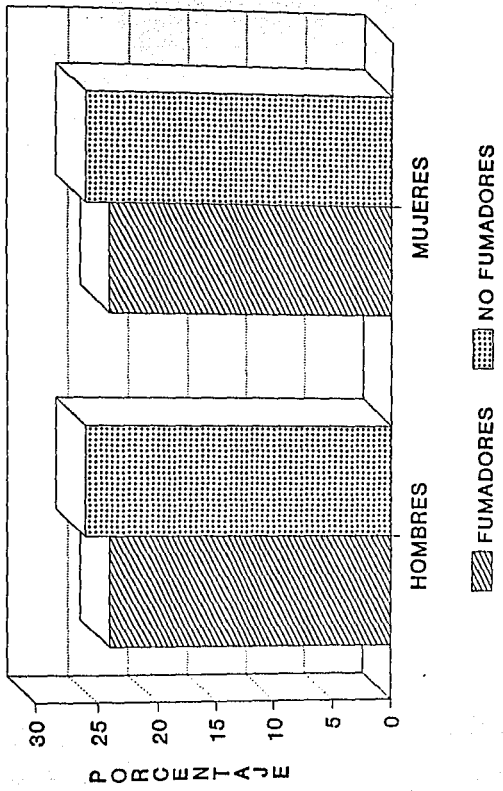
En la pregunta 69: ¿Evitaría usted pagar impuestos si estuviera seguro de que nuna lo encontrarían?, el 45.1% contestó que sí y el 54.9% contestó que no.

En la escala E de 21 reactivos encontramos dos preguntas que para calificarse como extroversión, la respuesta debe ser que sí. Pensamos que el código de respuesta está equivocado, pues creemos que la respuesta debe ser que no.

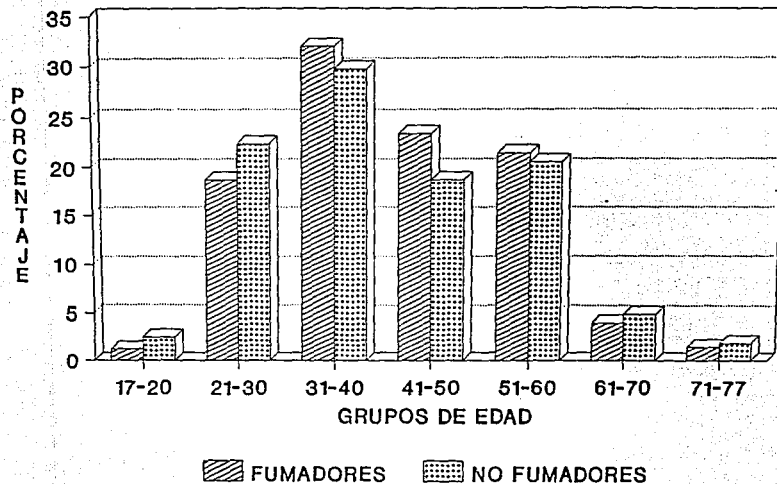
En la pregunta 29: ¿Prefiere usted leer a conocer gente?, el 36.4% contestó que sí y el 63.6% contestó que no. Pensamos que para caer en la clasificación de extroversión la respuesta debe de ser que no, ya que es una característica del extrovertido ser sociable, preferir estar con gente y no gustarle leer ni estudiar solo (Eysenck y Eysenck, 1975).

Lo mismo sucede con la pregunta 41: ¿Se considera usted una persona tensa?, en donde el 36% contestó que sí y el 63% contestó que no. Para calificarse como extroversión la respuesta debe ser que sí. Suponemos también que hay un error y que la respuesta debe ser que no, pues es una de las características del extrovertido el ser despreocupado, plácido y optimista (Eysenck y Eysenck, 1975).

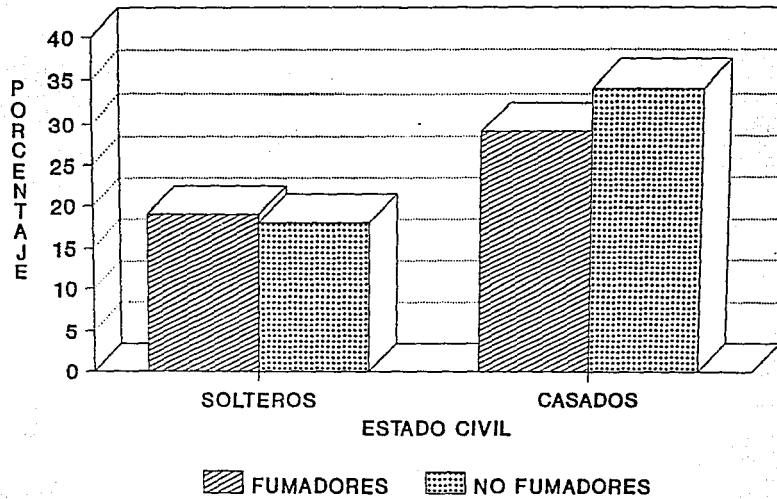
GRAFICA 1. FUMADORES Y NO FUMADORES.
POR SEXO.



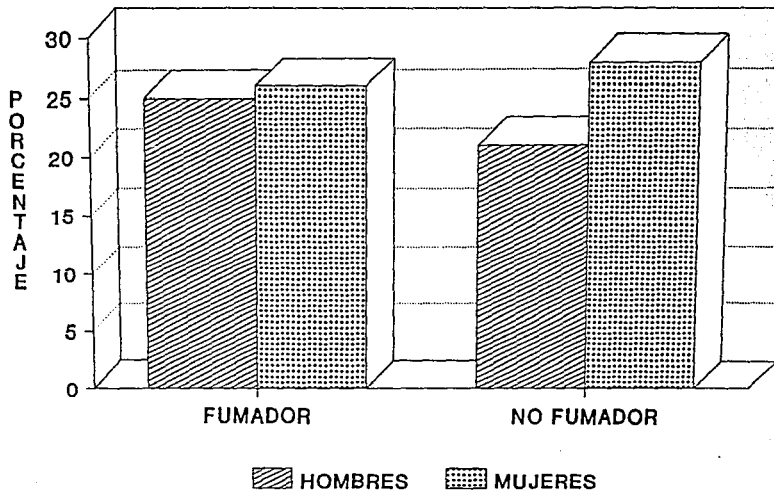
GRAFICA 2. FUMADORES Y NO FUMADORES
POR GRUPO DE EDAD



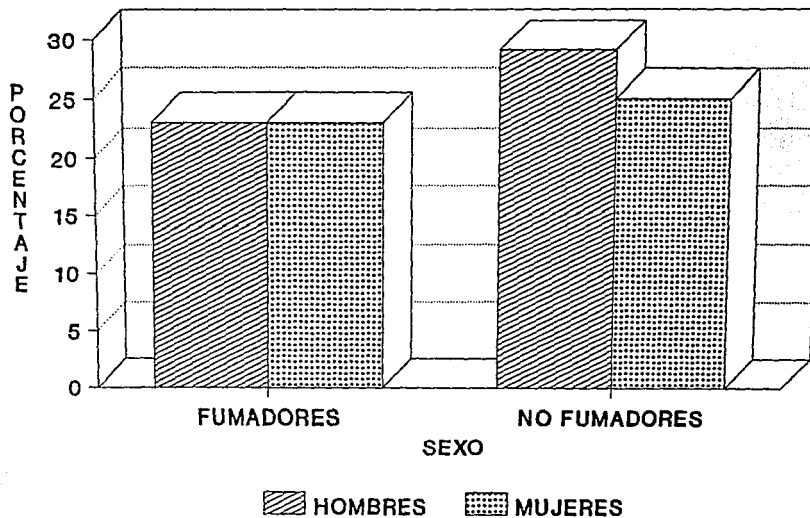
**GRAFICA 3. FUMADORES Y NO FUMADORES
POR ESTADO CIVIL**



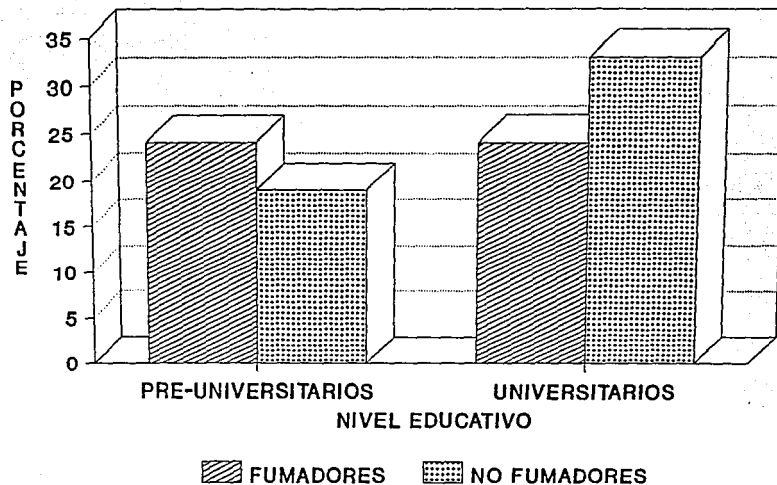
GRAFICA 4. FUMADORES Y NO FUMADORES SOLTEROS POR SEXO.



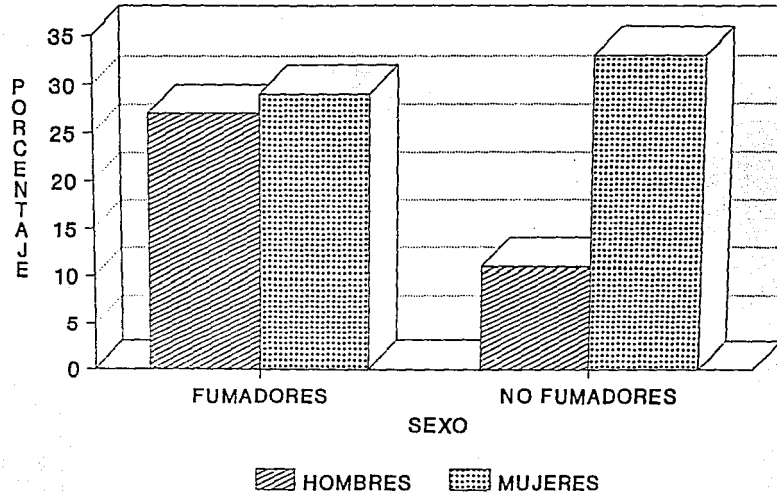
GRAFICA 5. FUMADORES Y NO FUMADORES CASADOS POR SEXO



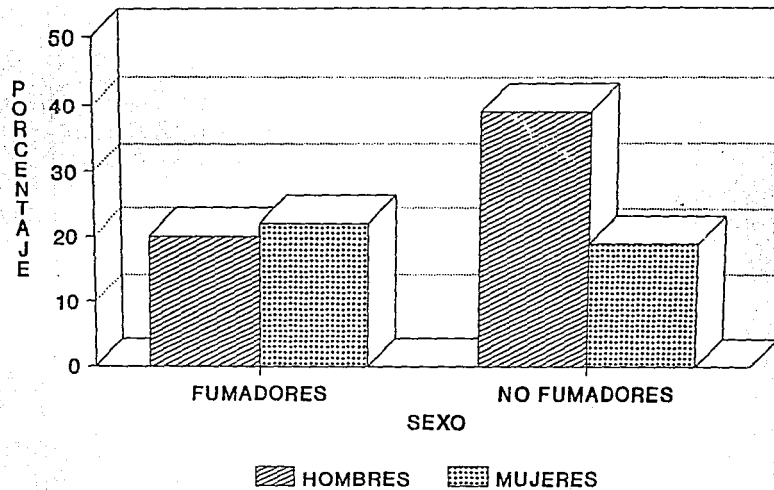
**GRAFICA 6. FUMADORES Y NO FUMADORES
POR NIVEL EDUCATIVO**



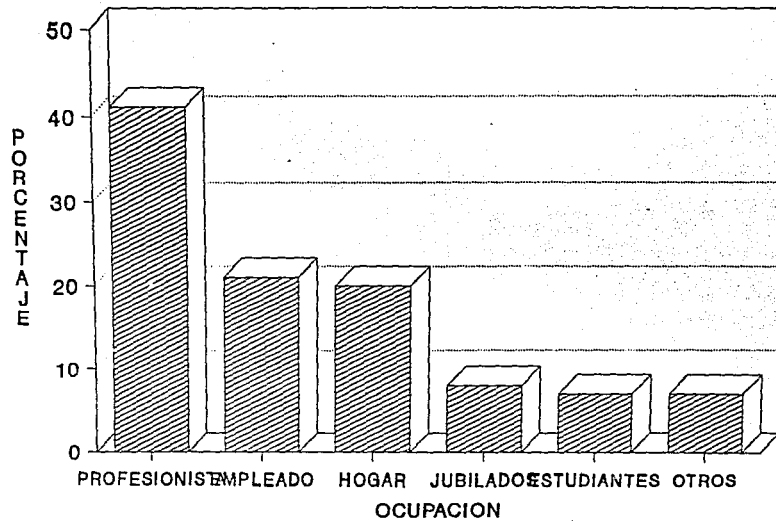
**GRAFICA 7. FUMADORES Y NO FUMADORES
PRE-UNIVERSITARIOS, POR SEXO**



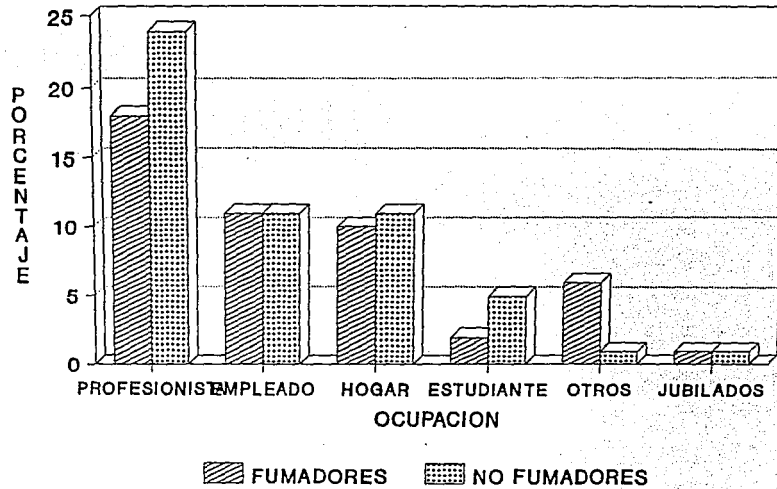
GRAFICA 8. FUMADORES Y NO FUMADORES
UNIVERSITARIOS, POR SEXO



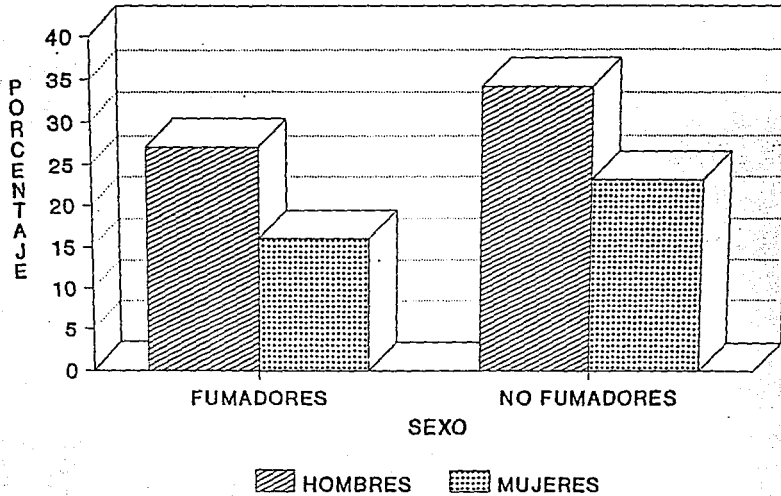
GRAFICA 9. MUESTRA TOTAL
POR OCUPACION



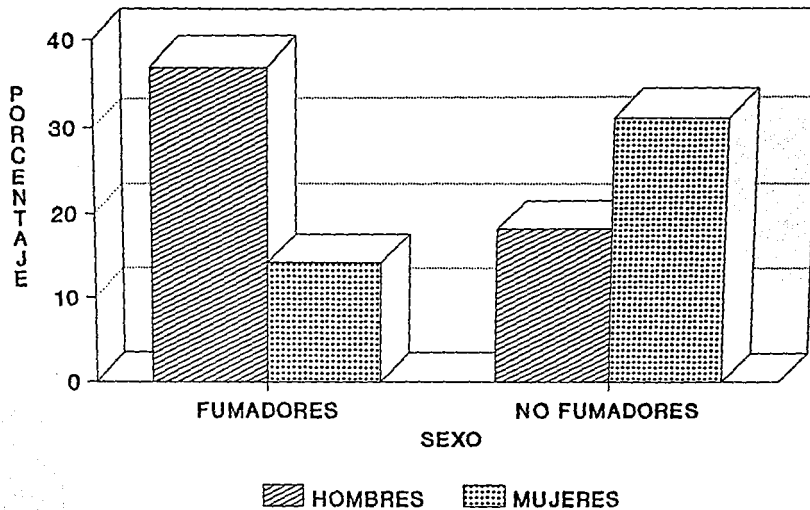
GRAFICA 10.FUMADORES Y NO FUMADORES
POR OCUPACION



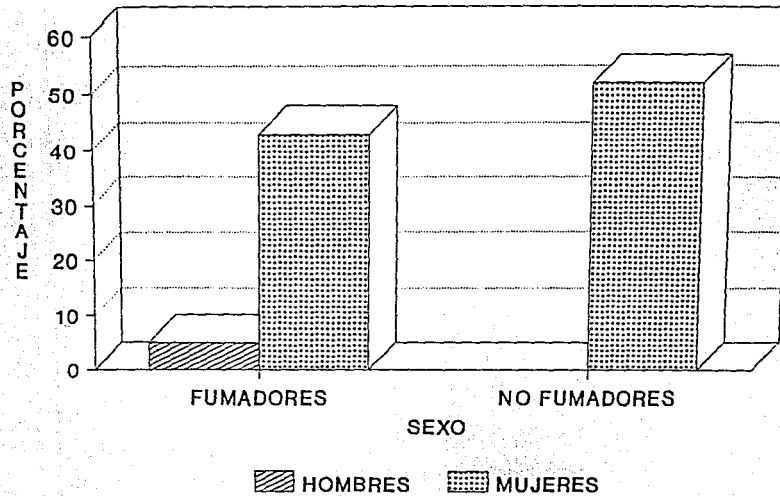
**GRAFICA 11. FUMADORES Y NO FUMADORES
PROFESIONISTAS, POR SEXO**



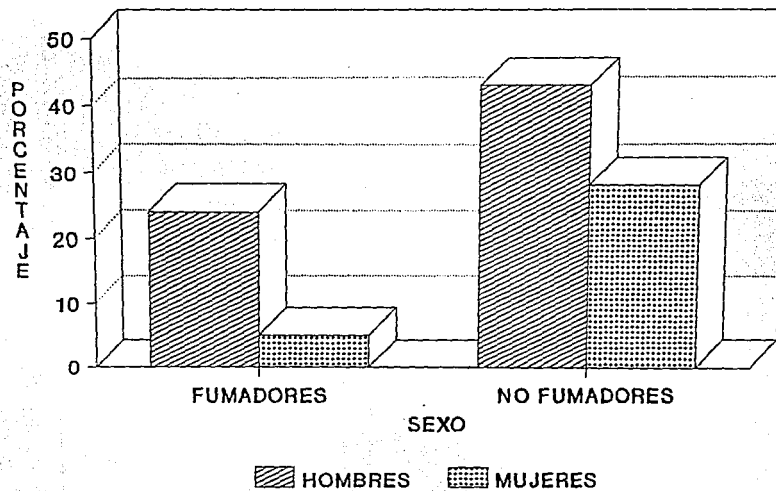
GRAFICA 12. FUMADORES Y NO FUMADORES EMPLEADOS, POR SEXO



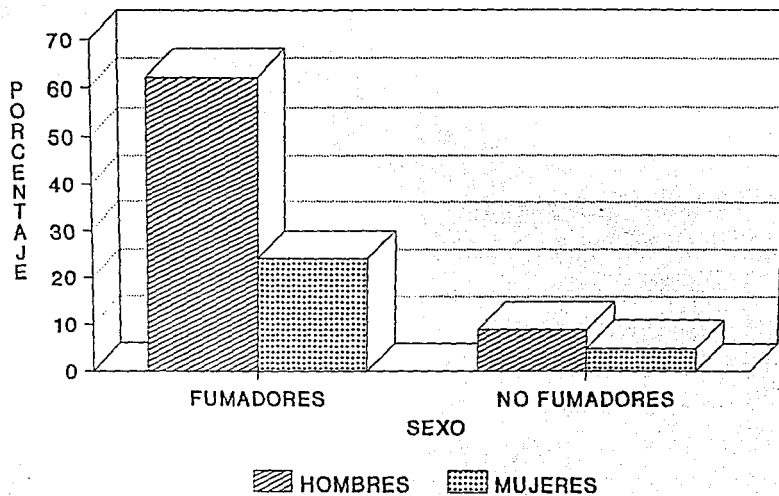
GRAFICA 13. FUMADORES Y NO FUMADORES DEDICADOS AL HOGAR, POR SEXO



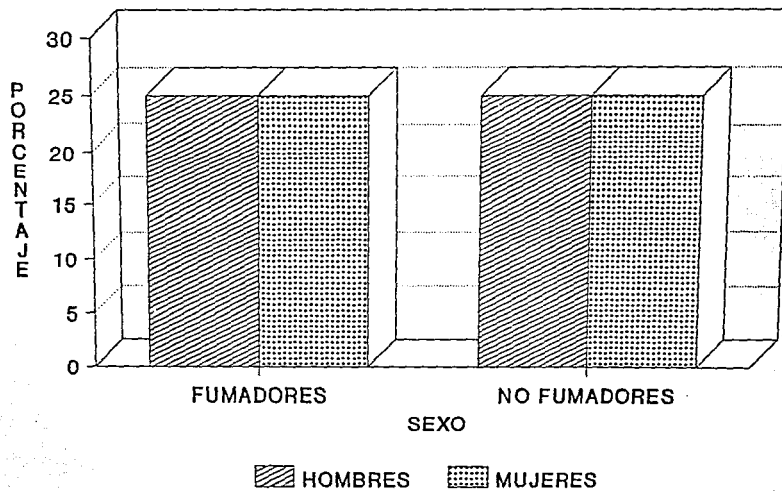
GRAFICA 14. FUMADORES Y NO FUMADORES ESTUDIANTES:
POR SEXO



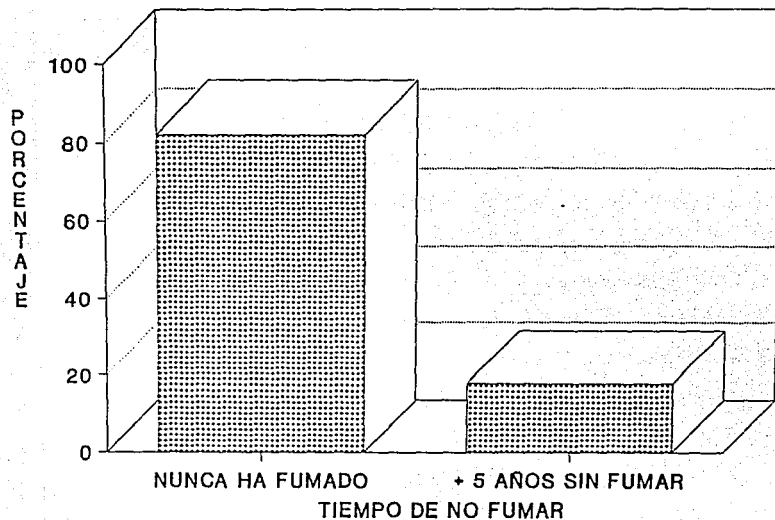
GRAFICA 15. FUMADORES Y NO FUMADORES DEDICADOS A OTRAS ACTIVIDADES, POR SEXO



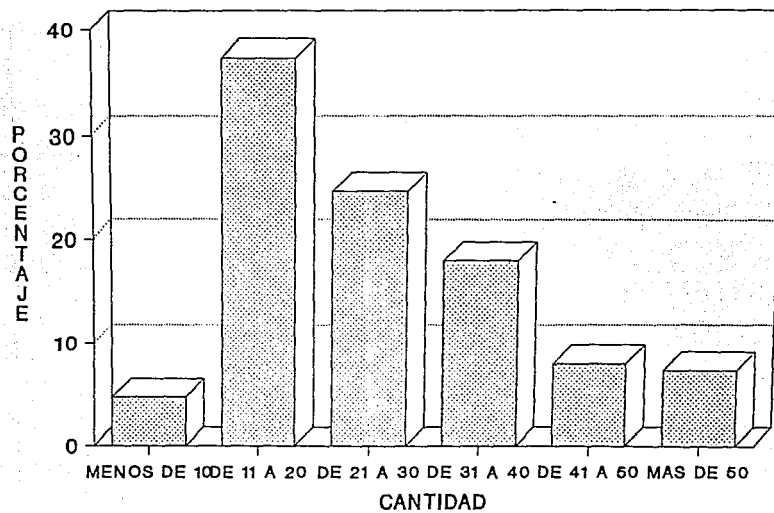
**GRAFICA 16. FUMADORES Y NO FUMADORES
JUBILADOS, POR SEXO**



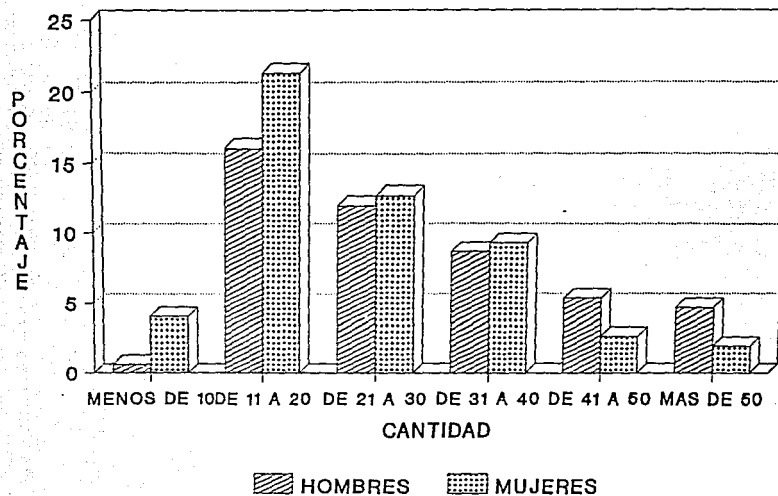
**GRAFICA 17. SUJETOS NO FUMADORES
POR TIEMPO DE NO FUMAR.**



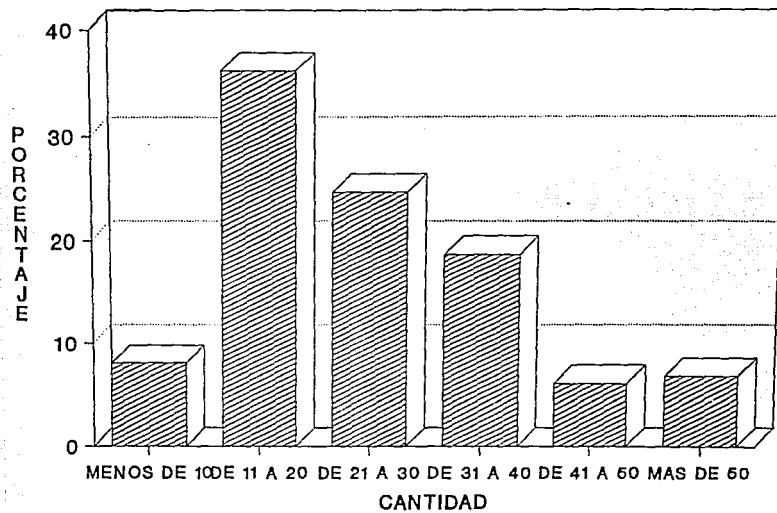
GRAFICA 18. NUMERO DE CIGARROS POR DIA
DE LOS SUJETOS FUMADORES



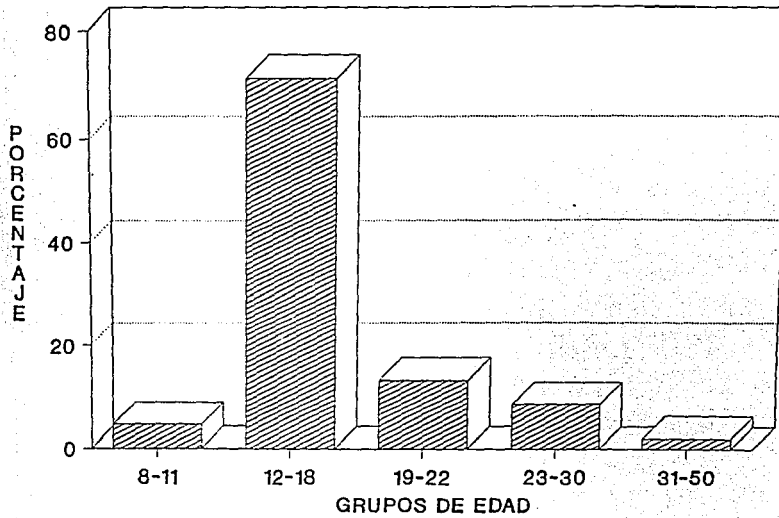
GRAFICA 19. NUMERO DE CIGARROS POR DIA DE LOS SUJETOS FUMADORES, POR SEXO.



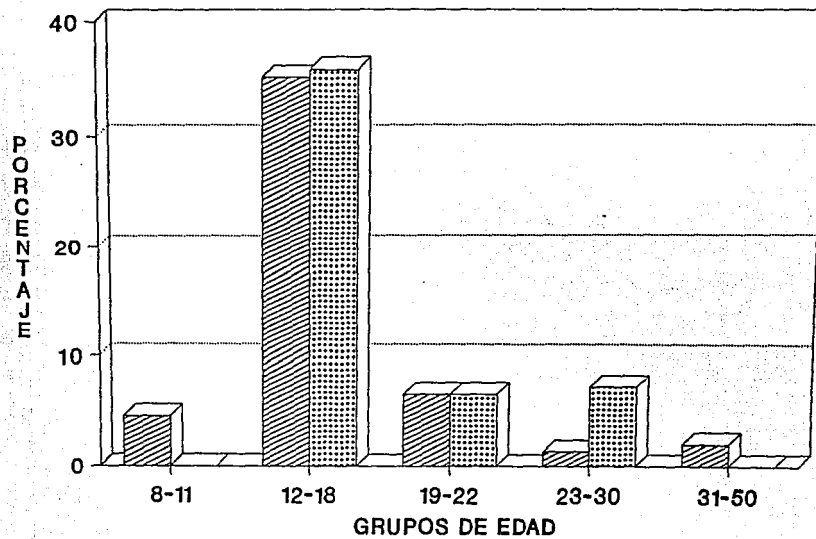
GRAFICA 20. PROMEDIO DE CIGARROS
CONSUMIDOS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS



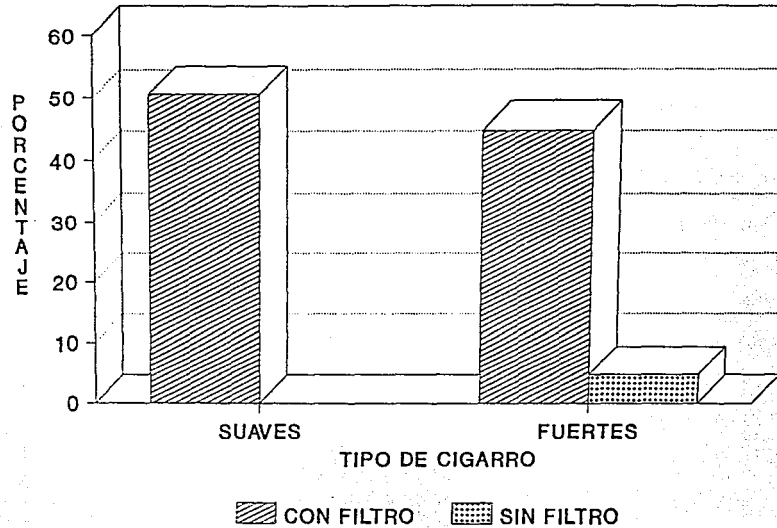
GRAFICA 21. EDAD DE INICIO EN EL HABITO EN LOS FUMADORES



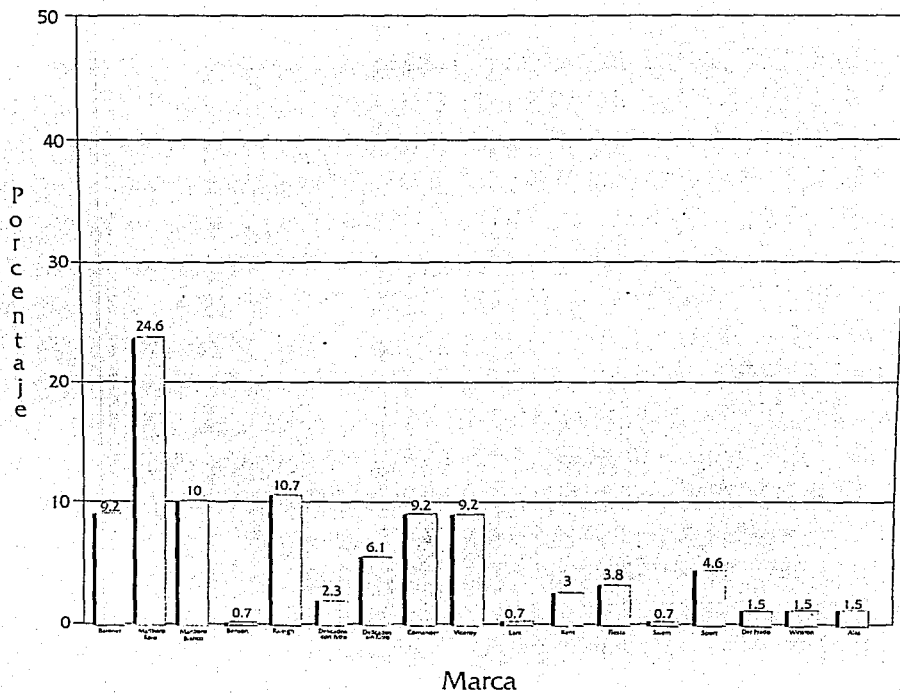
GRAFICA 22 EDAD DE INICIO EN EL HABITO EN LOS FUMADORES, POR SEXO



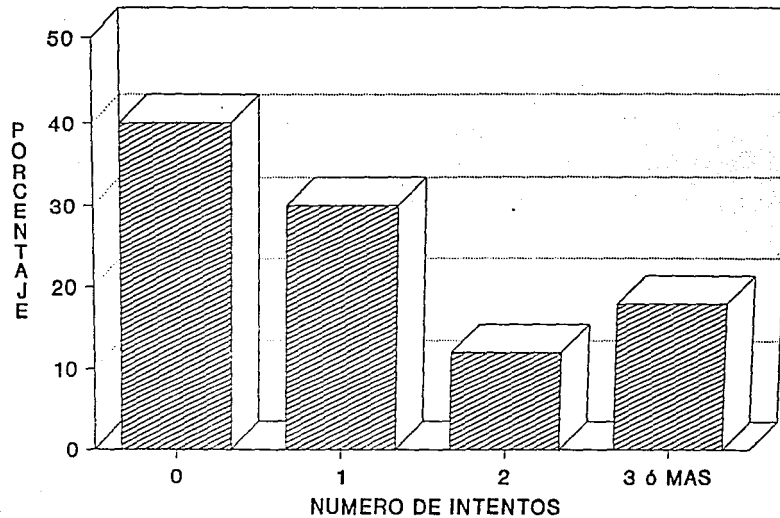
GRAFICA 23. TIPO DE CIGARROS CONSUMIDOS



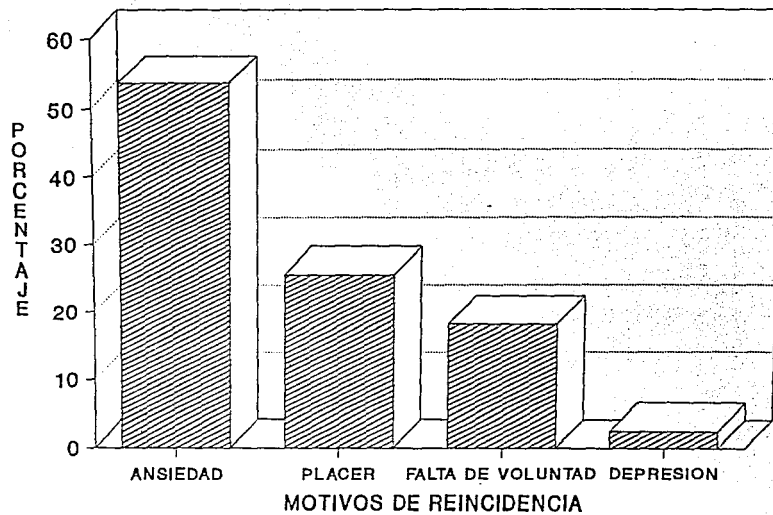
Gráfica 24, Sujetos fumadores de 17 a 77 años, según marca de cigarro consumido.



GRAFICA 25. INTENTOS POR ABANDONAR EL HABITO DE FUMAR



GRAFICA 26. MOTIVOS DE REINCIDENCIA DEL GF



DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Con el fin de tratar de abarcar algunas de las múltiples facetas que tiene el tabaquismo, en el presente estudio, además de investigar las variables de personalidad, se incluyeron variables demográficas, sociales, culturales - como la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tabaquismo de los familiares-, y psicológicas - motivos de fumar y de reincidencia-, para muestras de no fumadores y de fumadores.

Se analizaron características propias de la muestra de fumadores y se compararon con los no fumadores.

De acuerdo a los resultados podemos delinear un perfil del usuario, tomando en cuenta que los fumadores fueron tomados de los que acudieron al INER en busca de ayuda para dejar el hábito, en un período de 5 años (de 1981 a 1986).

A manera de conclusión se puede describir al hombre fumador, que busca ayuda para dejar de fumar, como un individuo:

- que en su mayor parte pertenecía a la zona metropolitana (72%)
- entre los 31 a 40 años de edad
- cuyo estado civil es irrelevante
- de nivel Universitario
- que predomina en las ocupaciones de empleado y "otras" (comercio, actividades técnicas)
- que se inició en el hábito entre los 8 y 11 años
- que consume de manera cotidiana 33 cigarros al día y que ha conservado este promedio en los últimos dos años.
- que el tipo de cigarro mayormente consumido es de la marca que más propaganda tiene
- que en su mayoría ha intentado abandonar el hábito sin éxito
- que reporta como mayor motivo de reincidencia a la ansiedad
- que tiene más madres que no fuman
- que tiene más padres que fuman
- que tiene más parejas que no fuman
- que en el Cuestionario de Motivos de fumar de Russell obtienen medias más altas en "necesidad", "reducción de tensión" y "relajación", correlacionándose significativamente la cantidad de cigarros con las dos primeras
- que en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck no se encontraron diferencias con las mujeres ni entre fumadores "pesados" (20 cigarros o más) y fumadores "ligeros" (menos de 20 cigarros), .

- A la mujer fumadora, que busca ayuda para dejar de fumar, se le describe como un individuo:
- que en su mayoría pertenece a la zona metropolitana (72%)
 - entre los 31 y 40 años de edad
 - cuyo estado civil es irrelevante
 - de nivel pre-Universitario
 - predominando en la ocupación de hogar, existiendo una minoría en la ocupación de estudiante, en donde prevalecen las mujeres no fumadoras
 - que se inició en el hábito entre los 12 y los 18 años
 - que consume de manera cotidiana 26 cigarros al día y que ha conservado este promedio en los últimos dos años
 - que el tipo de cigarro mayormente consumido es de la marca que más propaganda tiene
 - que en su mayoría ha intentado abandonar el hábito sin éxito, reportando como mayor motivo de reincidencia la ansiedad
 - que tiene más madres, padres y pareja que fuman
 - que en el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell obtienen medias más altas en "necesidad", "reducción de tensión" y "relajación", correlacionándose significativamente la cantidad de cigarros con las dos primeras
 - que en Cuestionario de Personalidad de Eysenck no se encontraron diferencias entre fumadoras "pesadas" (20 cigarros o más) y fumadoras "ligeras" (menos de 20 cigarros).

Dentro del grupo de fumadores encontramos semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. Las diferencias como el nivel educativo, ocupación, edad de inicio a fumar, cantidad de cigarros fumados al día, tabaquismo de la madre y la pareja, pueden reflejar situaciones medioambientales y sociales, como postulan otros autores (Waldron, 1991; Grunberg, Winders y Wewers, 1991), más que ser un efecto directo del sexo, pues si fuera éste el caso, encontraríamos resultados similares en diferentes estudios, y como vamos a ver más adelante, esto no sucede así.

La edad que prevalece es mayor a las edades de mayor consumo reportadas por otros autores en México (Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascóm, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero, y Sepúlveda, 1990).

Esta diferencia se puede deber a que ésta es una población que busca tratamiento y ayuda profesional para abandonar el hábito, una población que sin importar el sexo, ni estado civil, en su mayoría ya había intentado dejar de fumar sin lograrlo.

Probablemente la mayoría, la que acude por propia convicción de querer dejar el cigarro y no la que acude por

presión de otros, se encuentra en la etapa de "acción" del modelo en espiral del proceso de cambio, mencionada por Prochaska (1991).

El modelo propone que la modificación de las conductas adictivas es una progresión a través de 5 etapas. La primera es la de precontemplación, en la que no hay intención de cambiar la conducta, y si se acude a ayuda es sólo por presión de otros. La segunda es la de contemplación, en la que se está consciente del problema y se piensa cambiar, pero no en este momento. La tercera es la de preparación, en la cual se cambian algunas pequeñas conductas pero no se ha alcanzado una acción efectiva. La cuarta es la de acción, en la cual el sujeto modifica la conducta de un día a 6 meses. La quinta es la de mantenimiento, en la cual la persona trabaja para evitar una recaída y consolidar las ganancias obtenidas durante la acción, es la continuación del proceso.

Los individuos generalmente reciclan a través de estos estados varias veces antes de terminar con la adicción (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velázquez y Rossi, 1991; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Esto coincide con nuestro estudio, en el cual de los sujetos que habían intentado dejarlo, la mitad había tenido un intento, el 20% dos intentos y el 30% tres o más intentos, lo que deja ver que necesitamos enfocar la investigación hacia la identificación de la etapa en las que se ubica una población para iniciar acciones terapéuticas.

Así pues, el tiempo de adicción, la edad, y el haber intentado antes dejar de fumar, pueden ser factores que influyan para encontrarse en la etapa de acción de dicho modelo.

Las edades que prevalecieron en nuestros sujetos fumadores fueron de 31 a 40 años tanto para hombres como para mujeres. Tomando en cuenta la teoría de desarrollo psicosocial de Erikson, es en esta edad cuando ocurre la fase de "Creatividad contra Estancamiento". En esta fase el individuo trata de cuidarse y garantizar a la generación siguiente las esperanzas, las virtudes y la sabiduría que él ha acumulado (Maier, 1979). Este puede ser un incentivo para reflexionar acerca de las conductas no deseables de la persona y así, los fumadores que no están de acuerdo con su hábito, motivarse a buscar ayuda profesional para combatirlo.

En cuanto al nivel educativo, los resultados del U.S. Department of Health and Human Services (1989), respecto a que los fumadores más educados han dejado de fumar en mayor número que la contraparte menos educada, no se pueden generalizar a nuestra muestra, pues aunque existieron más hombres Universitarios que pre-Universitarios que acudieron

a la Clínica de Tabaquismo para dejar de fumar, también observamos esta relación en la muestra de no fumadores.

Encontramos que aunque existieron más mujeres pre-Universitarias que Universitarias en la muestra de fumadoras, el hecho de encontrar esta misma relación en las no fumadoras, nos hace suponer que el nivel educativo en la mujer, no influye en su tabaquismo. Estos resultados no concuerdan con los resultados de la Organización Panamericana de la Salud (1992), referentes a que fuman más las mujeres de mayor educación.

Si suponemos que a mayor educación, mayor conocimiento de los riesgos a la salud ocasionadas por el tabaco, el hecho de que la mitad de la muestra fumadora tuviera un nivel educativo pre-Universitario y la otra mitad Universitario, nos demuestra que este conocimiento, para la muestra total de fumadores, no es importante para asistir a ayuda profesional para dejar el hábito tabáquico. Hecho que coincide con lo reportado por la mayoría de pacientes que acude por ya sentirse enfermo, más que por creer que el cigarro le hará daño.

Entonces, dentro de la variable educación no es el conocimiento de los daños a la salud que ocasiona el tabaco, lo que influye para acudir a un tratamiento formal.

En otros estudios encontramos que tampoco hay una relación directa entre este conocimiento y la adquisición y mantenimiento del hábito tabáquico, pues se ha visto que en México, entre los estudiantes de medicina el 61.6% fuma (Gardida, Martínez, Núñez y Lira, 1993), y el 72.5% de los médicos también tienen el hábito (Guillén, 1991).

Acerca de la ocupación de los sujetos, nuestros resultados están de acuerdo con otros informes en donde los hombres fumadores son en casi su totalidad una población económicamente activa, en tanto que las mujeres fumadoras en su mayoría se dedican a actividades no lucrativas, (Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascón, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990).

Las inferencias hechas por los resultados obtenidos en las variables de educación y ocupación deben de tomarse con cautela por dos aspectos importantes;

Primero, puesto que la mayor parte de los sujetos que acude a la Clínica de Tabaquismo del INER lo hacen por recomendación de alguna persona conocida que ha seguido el tratamiento y, habitualmente la gente se relaciona más con la gente de su mismo nivel socioeconómico o/y ocupacional y por ende educativo.

Segundo, hay investigaciones que reportan un bajo éxito en tratamientos formales. Fiore, Novotny, Pierce, Giovino, Hatzianreou, Newcomb, Surawicz y Davis (1990), en un estudio que realizaron en U.S.A, acerca de los métodos de los programas de ayuda para dejar de fumar, reportan que aproximadamente el 90% de ex-fumadores dejaron de fumar sin ayuda formal; y Gallup (1974), reporta que la mayoría de los fumadores no van a programas formales y prefieren dejar el hábito por sí mismos.

Esto demuestra las múltiples facetas del tabaquismo, que varía de acuerdo a la población estudiada, el medio social y la época en la que se llevan a cabo los estudios.

Respecto a la edad de inicio, nuestros fumadores se iniciaron a menor edad que los reportados por otros estudios (Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascóm, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990; Castro-Sariñana, 1990; Noriega, Puente y De la Garza, 1983; Instituto Nacional del Consumidor, 1985).

Tal vez esto se debió a que en nuestro estudio se analizaron a los fumadores que consumían en promedio más de 20 cigarros al día, considerados como "pesados" y concordando con los resultados de que este tipo de fumadores se inician a menor edad que los fumadores "ligeros" (Gavito, Ortega, Gutierrez y Aguirre, 1990).

Las mujeres empezaron a fumar más tarde que los hombres. Sin embargo, datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, indican que las mujeres de generaciones más recientes están empezando a fumar a edad más temprana - tal como ha sucedido en los países desarrollados (O.P.S., 1992). Esto sugiere que la diferencia que encontramos en la edad en la que se iniciaron las mujeres, pudiera reflejar las condiciones socioculturales a las que estuvo sujeta la generación a la que pertenecían la mayor parte de los sujetos estudiados y no a diferencias en los aspectos "psicobiológicos" relacionados con el sexo.

La mayoría de los sujetos fumadores (71.33%) se iniciaron en el hábito en la primera adolescencia.

Entender los factores que se involucran en la iniciación de fumar es complejo, la adolescencia es una etapa que presenta alto riesgo ante la adicción al tabaco debido a las circunstancias y situaciones que la caracterizan: el adolescente se encuentra en un proceso de búsqueda de identidad, hay confusión y se remarca la importancia de los grupos de referencia.

Este proceso implica un ajuste gradual del joven a la adquisición de una nueva imagen corporal que va alcanzando

con la madurez, y la capacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Es normal que busque en los grupos de iguales una identidad, de conjunto transitoria, que le apoye mientras adquiere la propia, que le brinde seguridad y estima personal, (fase de "identidad grupal contra enajenación" de Erikson).

Así, la adolescencia y todos los cambios que trae consigo, llevan o predisponen al adolescente a fumar por tratar de ser aceptado en un grupo (coetáneos), por el estatus que representa el fumar y la influencia de los amigos. Volverse un fumador puede tener un valor inmediato al ser aceptado por sus compañeros, sintiéndose a la vez más maduros, porque fumar es una conducta de adultos prohibida a los niños, y sirviendo probablemente como un acto de desafío a las figuras de autoridad.

Actualmente muchos niños reciben información acerca de los daños que ocasiona el tabaco a la salud, lo que a veces motiva al pre-adolescente a volverse un luchador contra los fumadores. Sin embargo, en la adolescencia puede volverse un fumador pues la adaptación social puede pesar más que la adaptación intelectual.

Esto explicaría en parte, el porqué a pesar de las campañas anti-tabaco, se siguen encontrando en grandes proporciones adolescentes que inician el hábito tabáquico. (Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascón, Lázcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990; Castro-Sariñana, 1990; Noriega, Puente y De la Garza, 1983; Instituto Nacional del Consumidor, 1985).

Nuestros resultados apoyan el hecho de que la influencia familiar, también juega un papel muy importante en la adquisición del hábito.

La estructura familiar es un factor del ambiente fundamental por el cual se transmiten elementos culturales que intervienen en la educación del adolescente.

La influencia de los padres se refleja en virtud de las actitudes y conductas que ellos posean ante diferentes hechos sociales como la enfermedad y la preservación de la salud, que son fundamentales en la formación de los hijos.

Nosotros encontramos más papás fumadores para el grupo fumador (tanto para hombres como para mujeres), que para el grupo no fumador, lo que muestra que los padres claramente influyen en la conducta tabáquica de sus hijos como un modelo a seguir.

Respecto a la madre, se encontraron más hijos no fumadores (hombres y mujeres) para las madres no fumadoras, lo que también nos indica una clara asociación del tabaquismo de la madre en el tabaquismo de los hijos.

La influencia de la madre es más fuerte en las hijas que en los hijos (encontramos más madres fumadoras para hijas fumadoras y más madres no fumadoras para hijos fumadores). Esto se puede deber a que posiblemente para las mujeres, la influencia de la madre como modelo a imitar sea mayor que la de los compañeros y que inversamente, para los hombres, la de los compañeros sea mayor que la de la madre.

Otra explicación para este fenómeno es que existe un alto grado de asociación del rol de la mujer con actividades de ama de casa y maternas, como concluyen Clarke, White, Beckwith, Borland y Hill, (1993). De ahí que la mujer, al identificarse con estos roles, sea más influida por el tabaquismo de su madre, que el hijo.

Otros estudios realizados en México también ponen en evidencia que el tabaquismo de los padres se vuelve un modelo para los niños y un factor condicionante (Gardida, Martínez, Núñez y Lira, 1993; Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente, y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascóm, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990;).

En base a lo anterior, podemos concluir que dos grandes factores que están involucrados en el comienzo del hábito tabáquico, son la influencia de los compañeros y el tabaquismo de los padres.

El hecho de no haber encontrado ninguna relación entre la edad de inicio a fumar y el número de cigarros consumidos al día, indica que el inicio y el mantenimiento del hábito, son dos procesos diferentes.

Respecto a la cantidad de cigarros fumados al día, nuestros resultados apoyan otros estudios que indican que la prevalencia de tabaquismo es menor en las mujeres que en los hombres tanto en México (Narváez, 1985; Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Alvarez, Rascóm, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990), como en Latinoamérica (O.P.S.1992).

En este resultado cabe hacer notar que nuestro estudio data de sujetos entre 1981 y 1986, y que coincide con resultados obtenidos en encuestas realizadas en años posteriores, por lo que al menos en México y Latinoamérica, las mujeres siguen fumando menos que los hombres.

Esto no ocurre así en Estados Unidos pues McGinnis, Shoplans y Brown (1987), en una excelente revisión de la bibliografía, concluyen que mientras que en los hombres la tasa de prevalencia del hábito se ha mantenido constante en los últimos años, en las mujeres ésta se ha incrementado significativamente.

Al revisar la bibliografía en México nos encontramos que existen diferencias en cuanto a la definición de las diferentes categorías de fumadores, por lo que se hace difícil la comparación de nuestros datos con otros estudios.

En algunos de ellos se define al fumador "ligero" como aquel que fuma de uno a cinco cigarros al día; "moderado", el que fuma de seis a quince; y "fuerte", el que fuma dieciséis o más (Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990; Tapia-Conyer, Medina-Mora, León Álvarez, Rascón, Lazcano Ramírez, Solache Alcaraz, Otero y Sepúlveda, 1990).

Lichtenstein y Glasgow (1992), al revisar en los últimos diez años los programas acerca de dejar de fumar en Estados Unidos, toman al fumador "pesado" como aquel que fuma veinticinco o más cigarros al día.

Nosotros tomamos la definición de fumador "ligero", como aquel que fuma hasta una cajetilla diaria (20 cigarros como máximo al día) y como fumador "pesado" aquel que fuma más de una cajetilla diaria (20 o más cigarros al día), (Gavito, Ortega, Gutierrez y Aguirre, 1990), por ser esta clasificación la utilizada por dichos autores en un estudio previo en la misma Clínica de Tabaquismo del INER.

Así pues, nosotros encontramos que hay más mujeres fumadoras "ligeras" (25%) y más hombres fumadores "pesados" (33%), lo que indicaría una mayor ingesta de nicotina por parte de los hombres, pues a mayor cantidad de cigarros fumados, mayor cantidad de nicotina ingerida.

Postulamos en una de nuestras hipótesis, que a mayor cantidad de nicotina ingerida, mayores motivos farmacológicos, pues en este tipo de motivos, la dependencia a ella es muy grande, mucho mayor que en el tipo de motivos socio-psicológicos (Mc Manus y Weeks, 1982).

De acuerdo a esto se esperaba que los hombres refieran más motivos farmacológicos (por "estimulación", por "necesidad" y por "hábito") que las mujeres. (Clasificación de Russell, Peto y Patel, 1974).

Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en estos motivos.

Un hecho que explica lo anterior es que observamos que para las mujeres existió el mismo número de fumadoras "ligeras" (n=38) que de fumadoras "pesadas" (n=38), y aunque los datos indican una mayor ingesta de nicotina por parte de los hombres, éstas, si tomamos en cuenta el promedio de cigarros fumados al día (25), consumen también cantidades considerables de nicotina.

Aunque no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en los motivos farmacológicos, sí se encontraron entre los motivos de fumar de "necesidad" y de "hábito", con el número de cigarros consumidos al día, lo que apoyaría nuestra hipótesis de que los sujetos que ingieren más nicotina tienen mayores motivos farmacológicos, a excepción del motivo de "estimulación".

Respecto a este motivo se apunta que la dependencia a la nicotina se puede deber a que a dosis bajas estimula el cerebro (estimula la actividad colinérgica, Cinciripini, 1986), y por lo tanto, no se relaciona con dosis altas de nicotina.

Lo anterior explica porqué no existió relación entre este motivo y la cantidad de cigarros consumidos al día. También nos hace reflexionar acerca de nuestra hipótesis y reeplantearla de la siguiente manera: Los motivos de "necesidad" y de "hábito" se relacionan con dosis altas de nicotina.

Los motivos farmacológicos dependen del efecto de la nicotina en el cerebro y no deben relacionarse en conjunto con la cantidad de cigarros fumados, pues este efecto se da tanto para dosis bajas como para dosis altas.

Respecto a los motivos de fumar de "manipulación" (sensoriomotriz), "reducción de tensión", "relajación", y "estimulación", clasificados, el primero, como puramente socio-psicológicos, el segundo y tercero, como parte de éstos, y parte farmacológicos; y el último, como puramente farmacológico, pero que difiere de los otros motivos farmacológicos, en que su dependencia a la nicotina se debe a dosis bajas, nuestros resultados tampoco encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Otras investigaciones encuentran diferencias entre unos y otros en el motivo de "reducción de tensión", en el cual las mujeres obtienen puntajes más altos (Russell, Peto y Patel, 1974; Gavito, Ortega, Gutierrez y Aguirre, 1990).

En este motivo la frecuencia de tabaquismo varía ampliamente dependiendo de los estados emocionales y es más común en gente tensa o nerviosa (Russell, Peto y Patel, 1974).

Lo anterior nos hace pensar que este motivo se relaciona con el factor "Neuroticismo" de la escala de personalidad de Eysenck, y dado que en este factor no encontramos diferencias entre los fumadores hombres y mujeres, suponemos que los primeros son igual de tensos o nerviosos que los segundos, lo que explica porqué en nuestra investigación encontramos semejanzas en el género en este motivo.

Así pues, al no encontrar diferencias entre hombres y mujeres en ningún motivo, concluimos que unos y otros fuman por las mismas razones.

Apoyan nuestra conclusión Clarke, White, Beckwith, Borland y Hill (1993), en un estudio realizado en Australia.

Los motivos de fumar que más frecuentemente se reportaron fueron los de "necesidad", "reducción de tensión" y "relajación", por lo que concluimos que los fumadores que acuden a un tratamiento estructurado buscando dejar de fumar y que fuman 25 o más cigarros diarios fuman, tanto por una dependencia psicosocial como por una farmacológica, y no fuman más por la segunda que por la primera.

Fuman principalmente por una necesidad física ("necesidad"), para evitar o disminuir estados físicos desagradables -síndrome de abstinencia- y para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

Al mismo tiempo se fuma también mayormente por un placer ("relajación"), placer que se puede deber a aspectos socio-psicológicos, (como por ejemplo, fumar al terminar una comida), como al efecto farmacológico de la nicotina.

Se ha reportado que este motivo es la forma más común de tabaquismo y es característica de la mayoría de los fumadores que fuman menos de 20 cigarros (Russell, Peto y Patel, 1974).

El encontrar este tipo de tabaquismo como muy importante en nuestra muestra indica que seguramente se dió en etapas previas al tabaquismo por "necesidad" y se quedó establecido.

También se fuma principalmente para reducir la tensión, hecho que explica muy bien la hipótesis de Gilbert, Robinson y Chamberlin (1989), y que dice que la nicotina disminuye la experiencia subjetiva del afecto, (reduciendo la actividad electrocortical base del hemisferio derecho y/o incrementando la del hemisferio izquierdo), de tal forma que inhibe la percepción de los estímulos emocionales y/o la expresión de tales estados.

No encontramos relación entre el número de cigarros fumados y los motivos de mantenimiento. Dato que coincide con el encontrado por otro estudio realizado en México (Gavito, Ortega, Gutierrez y Aguirre, 1990). Uno esperaría que a mayor número de cigarros fumados, mayores molestias del "síndrome de abstinencia" (Jones, 1987), pero esto no sucede así.

Probablemente esta falta de relación tiene que ver con el tipo de población que llega a un Instituto de Salud, es decir, son pacientes que difieren de la población en general, habitualmente porque su problemática es más compleja, y por ello, algunos fumadores que fuman menos que acuden a solicitar este tipo de ayuda al INER, lo hacen probablemente porque tienen un tipo de dependencia que les ocasiona un síndrome de abstinencia, al menos en su componente psicológico, similar a los fumadores que fuman más.

Con referencia a la variable de personalidad, se utilizó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), por ser éste el cuestionario utilizado por la Clínica de Tabaquismo durante 5 años (1981-1986), y por hacer un análisis retrospectivo de estos datos, mismo que no se había llevado a cabo.

La utilización de este cuestionario, aunque todavía no se había estandarizado en México, se tomó como válida, pues en 1984 se había demostrado su utilidad en 25 países diferentes (Barrett y Eysenck).

Respecto a las escalas de personalidad de Eysenck, una de nuestras hipótesis fué la de suponer que existen diferencias entre el grupo fumador y el no fumador en la subescala de "extroversión" (E), obteniendo puntajes más altos los primeros que los segundos.

Esta hipótesis fué rechazada dado que no hubo diferencias en esta subescala, lo que indicó que tanto fumadores como no fumadores se encuentran en un mismo nivel de extroversión, caracterizado por ser personas sociables, amigueras, que son despreocupadas y optimistas.

Una explicación a esto es que para el mexicano el grado de extroversión que lo caracteriza, es mayor que para otras culturas, puesto que las medias obtenidas en nuestros resultados, y en otros estudios realizados en México (Gavito, Ortega, Gutierrez y Aguirre, 1990), son mayores que las encontradas en Inglaterra (Eysenck y Lara, 1989) y en Estados Unidos e Italia (Forgays, Bonaiuto, Wrzesniewski y Forgays, 1993).

Al tener mayor grado de extroversión, de acuerdo a la teoría de Eysenck (1963) del "mantenimiento de un nivel óptimo de tono hedónico", los mexicanos son más propensos a presentar subexcitación (baja excitabilidad cortical), sólo que no se ven en la necesidad de recurrir a fumar para aumentar su nivel de excitación. Probablemente se utilizan otros recursos para hacerlo, como por ejemplo, tener un gran número de fiestas y/o reuniones sociales.

Dado que en unos estudios se ha encontrado que los fumadores son más extrovertidos que los no fumadores (Kriebel, Ganz y Stacher, 1992; Tokheim, Wanzenried y Powell, 1990; Sieber y August, 1990; Patil y Chengti, 1987; Lester y Collins, 1988; Imperato y Mitchell, 1988) y dado que en otros estudios se encuentra el factor "psicoticismo" (P) relacionado con el hábito tabáquico (Fagestrom y Sawe, 1989; Bass, 1988; Wakefield, 1989; Gilbert, 1988; Lyvers, Boyd y Maltzman, 1987; y Pritchard, 1991), algunos autores (Forgays, Bonaiuto, Wrzesniewski y Forgays, 1993) postulan que la característica de personalidad que realmente se relaciona con el fumador, y que lo diferencia del no fumador es la "impulsividad".

Esta variable según varios autores (McManus y Weeks, 1982; Rocklin y Reville, 1981) se encuentra en el factor E del Inventario de Personalidad de Eysenck (IPE), y en el factor P ("psicoticismo") del CPE, lo que explica en parte, el porqué se ha encontrado uno u otro factor, relacionado con el hábito de fumar.

Respecto a esta subescala de "psicoticismo", nosotros encontramos que los fumadores tienen puntajes más altos que los no fumadores, lo que indica de acuerdo a lo anterior, que los primeros tienen un mayor nivel de impulsividad que los segundos, y que por ello, recurren al cigarro como un recurso psicológico para prevenirse a ellos mismos de actuar impulsivamente.

Pritchard (1991), postula que los fumadores con alto P están motivados en parte para aumentar la actividad del sistema serotoninérgico, para controlar, por lo menos temporalmente su impulsividad. Esto ocurre así, pues se ha visto que cantidades bajas de serotonina se han correlacionado con conductas altas de agresividad e impulsividad (Liedberg, Asberg y Sundquist-Stensman, 1984; Roy y Linnoila, 1988; citados por este mismo autor).

Otra relación importante que encontramos en a este mismo factor de "psicoticismo" fué que los hombres obtuvieron puntajes más altos que las mujeres. Esta diferencia entre los sexos en los puntajes de esta subescala, coincide con lo encontrado en la población general de México (Eysenck y Lara-Cantú, 1989), y con otros estudios realizados en otros países (Eysenck y Eaves, 1980; Pritchard y Kay, 1993).

Dado que los hombres fumaron más que las mujeres, puede inferirse que P se relaciona también con la cantidad de nicotina ingerida, así, si los hombres son más impulsivos que las mujeres, activan más la actividad del sistema serotoninérgico.

Respecto a la subescala de "deseabilidad social" (L), el encontrar mayores puntajes en los fumadores que en los no fumadores, sugiere que en los primeros, el consumo de cigarros puede estar relacionado significativamente con estímulos y reforzadores sociales. La hipótesis es congruente con los resultados observados en el cuestionario de "motivos de fumar", dado que los fumadores obtuvieron puntajes elevados en la subescala de "reducción de tensión", que evalúa estímulos y reforzadores externos.

En cuanto a los factores de personalidad relacionados con los fumadores, de acuerdo al análisis anterior, podemos concluir que éstos difieren de los no fumadores en que son más "impulsivos", más "ansioso-depresivos", y que necesitan más de estímulos y reforzadores sociales. También concluimos que entre ambos grupos, el nivel de extroversión es similar, por lo que esta variable no diferenció a unos de otros.

Así pues nuestra hipótesis acerca de que los fumadores obtendrán puntajes diferentes de los no fumadores en N, L y P, se ve confirmada, y nuestra hipótesis de que E es mayor en los primeros, es descartada.

Las hipótesis acerca de que se encontrarán diferencias entre hombres y mujeres en N, L, P, y E dentro del grupo fumador y también dentro del grupo no fumador, sólo se ve confirmada por encontrar más alto P en hombres fumadores que en hombres no fumadores.

También se descartó nuestra hipótesis de que E se correlaciona con los motivos de mantenimiento del tipo farmacológico, pues no se encontraron relaciones significativas entre las escalas de personalidad con los motivos para fumar.

Se encontró que lo que se relaciona con los motivos de "necesidad" y "hábito" es la cantidad de cigarros fumados (con nivel alto de nicotina en el cerebro).

El no encontrar ninguna diferencia significativa entre el grupo de fumadores en el CPE en relación al género y a las clasificaciones hechas de acuerdo al número de cigarros fumados (menos y más de 20; menos de 20 y más de 40), nos indica que esta población tiene características que la hacen particular y que es diferente a otras, en las que en otros estudios sí se han encontrado algunas diferencias entre los grupos de fumadores.

Una de estas particularidades tal vez sea que es una muestra clínica, que fuma una cantidad mayor de cigarrros que la población general y que se autoseleccionan para asistir a tratamiento por querer dejar el hábito.

Tal vez nuestras diferencias con otros estudios también se deban a que existen factores de personalidad específicos del mexicano que lo caracterizan, y que por ello lo hagan diferente a las personas de otros países y no se puedan generalizar los resultados. Esto es solamente una hipótesis, pues no podemos afirmarlo con base a los datos de este estudio.

Otra razón sería que aunque se aplicó el mismo cuestionario para los fumadores que para los no fumadores, desde la fecha en que se utilizó, hasta la actualidad, se han hecho varios cambios a éste.

Uno de ellos es el realizado por Eysenck, Eysenck y Barrett (1985), en el cual al revisarse la escala de "psicoticismo" aumentaron la confiabilidad interna de ésta, las medias fueron más altas y la distribución fué más cercana a la normal.

Para hacer esto posible el cuestionario de 90 reactivos se volvió de 100, se hicieron algunos cambios en las escalas de "neuroticismo" y "extroversión", se omitieron 6 reactivos originales de "psicoticismo" y se incorporaron 13 reactivos nuevos.

Otro de los cambios que se introdujeron fueron modificaciones para la validación del CPE en México, en 1989 (Eysenck y Lara).

Se realizó una profundización en la validez interna y la confiabilidad del instrumento en 1992 (Lara, Cortés y Verduzco) en donde también se sugieren modificaciones, aunque limitadas.

La construcción y validación de este cuestionario fué inicialmente hecha en Inglaterra. Se utilizaba en el INER sin la estandarización en México (llevada a cabo en 1989 y 1992). Simplemente se impotó en México y se usó confidencialmente calificando como en el país en el que fué estandarizado sin analizar la posible impropiedad de algunos reactivos.

Estos hechos, pueden ser la causa de nuestros resultados, y por ello, las interpretaciones realizadas deben de tomarse con reserva.

También debe de tomarse en cuenta que existen críticas a Eysenck dentro del paradigma factorialista, pues algunos

investigadores (Botwin y Buss, 1989; Conn y Ramanaiah, 1990; Zuckerman, Kuhlman, Thornquist y Kiers, 1991; Lanning y Bough, 1991; y Costa y McCrae, 1992), encuentran 5 factores básicos e irreductibles en vez de los tres que menciona Eysenck (neuroticismo, extroversión y psicoticismo), sobre los cuales se basa su modelo tridimensional de la personalidad.

Estos 5 factores son: neuroticismo, extroversión, franqueza, afabilidad y rectitud. Constituyendo estos dos últimos, el factor de psicoticismo de Eysenck.

Por lo anterior, nos encontramos con las limitaciones del paradigma factorialista expuesto por Eysenck. Los criterios que da para rotar los ejes de referencia son variados y por ello el significado de los factores lo acaba determinando el investigador, como ocurre con el factor de psicoticismo.

A pesar de estas limitaciones es de suma importancia que se siga investigando el tabaquismo, pues en cada investigación se obtendrán informaciones sobre sus diferentes aspectos explicativos, que tal vez en sí mismos puedan resultar de poco valor predictivo, pero que en su conjunto nos ayuden a entender, predecir y ayudar a las personas que se encuentran en riesgo de adquirir este hábito, o bien, a las que ya lo tienen y quieren dejarlo, ayudarlas, sin que existan tantas recaídas.

Considerámos que los programas formales de ayuda al fumador para que deje el hábito, como el de la Clínica de Tabaquismo, son adecuados, por captar fumadores con gran dependencia tanto física como socio-psicológica, y que no han podido dejar el cigarro o bien por su propia cuenta, o bien por utilizar otro tipo de programas (posiblemente menos intensos).

Al mismo tiempo, sugerimos que estos programas tomen en cuenta las variables de personalidad de "impulsividad", y rasgos ansioso-depresivos de los pacientes para de esta manera determinar el grado de ellas en cada sujeto. No tratar a todos los fumadores por igual, para que se tenga una ayuda más especializada para cada caso.

Además de tomar estas variables de personalidad, deberá de tomarse en cuenta en qué etapa del proceso de cambio se encuentran para poderles ayudar mejor a pasar a la siguiente etapa.

Sugerimos realizar un seguimiento en donde a los sujetos que recaen se les aliente a "reciclar" y hacer otro intento, y en donde nuevamente se evalúen sus características de personalidad, y la etapa de cambio en la que se encuentran.

Para finalizar, es importante señalar que las variables que se incluyeron en la presente investigación son sólo algunas de las que están involucradas en el hábito tabáquico. Creemos importante que en otros trabajos se estudien otras variables como las cognoscitivas - las creencias que hay sobre la nicotina y la percepción del control-, para ampliar más la relación del tabaquismo con la salud, así como también la topografía de fumar (aspiración lenta o rápida, y niveles máximos de concentración plasmática de la nicotina).

APENDICE 1

EPQ "CLINICA DE TABAQUISMO"

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste cada pregunta poniéndole al "SI" o al "NO" un círculo. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste el cuestionario lo más rápido posible y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

- 1.- ¿Tiene usted muchos pasatiempos?
- 2.- ¿Se detiene usted a pensar todas las cosas antes de hacerlas?
- 3.- ¿Cambia su estado de ánimo con frecuencia?
- 4.- ¿Se ha dado crédito por algo que usted sabía que otra persona había hecho?
- 5.- Es usted una persona que habla mucho?
- 6.- ¿Si tuviera deudas, le preocuparía?
- 7.- ¿Se siente usted muy triste de vez en cuando sin haber alguna razón?
- 8.- En alguna ocasión ha tomado usted algo más de lo que le correspondía?
- 9.- ¿Cierra usted su casa cuidadosamente en la noche?
- 10.- Es usted una persona bastante animada?
- 11.- ¿Ver sufrir a los niños y animales le irrita y le molesta mucho?
- 12.- ¿Se preocupa frecuentemente por cosas que no debió haber hecho o dicho?
- 13.- Cuando dice que hará algo, ¿Cumple usted siempre su promesa sin importar que tan inconveniente pueda ser?
- 14.- ¿Comunmente puede usted relajarse y divertirse en una fiesta animada?
- 15.- Es usted una persona irritable?
- 16.- ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que usted sabía que era su falta?
- 17.- ¿Disfruta usted al conocer gente nueva?
- 18.- ¿Considera usted que los "seguros" (Vida, Automóvil, etc.) son una buena idea?
- 19.- ¿Son sus sentimientos fáciles de lastimar?
- 20.- ¿Son buenos y deseables todos sus hábitos?
- 21.- ¿Tiende usted a estar al día en los sucesos y eventos sociales?
- 22.- ¿Tomaría usted drogas que pudieran tener efectos extraños y peligrosos?
- 23.- ¿Se siente usted a menudo harto y cansado?
- 24.- ¿Ha tomado usted alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no le pertenezca?
- 25.- ¿Le gusta a usted salir mucho?

- 26.- ¿Disfruta usted de lastimar a las personas que ama?
- 27.- ¿Se encuentra usted frecuentemente afectado por sentimientos de culpa?
- 28.- En algunas ocasiones habla de cosas sobre las que usted no conoce nada?
- 29.- ¿Prefiere usted leer a conocer gente?
- 30.- ¿Tiene usted enemigos que desearían lastimarlo?
- 31.- ¿Se considera una persona nerviosa?
- 32.- ¿Tiene usted muchos amigos?
- 33.- ¿Disfruta usted de hacer bromas que en alguna ocasión realmente puedan lastimar a la gente?
- 34.- Es usted una persona que se preocupa por todo?
- 35.- ¿Cuando usted era niño hacia lo que se le ordenaba inmediatamente sin enojarse?
- 36.- ¿Puede usted considerarse una persona feliz y con suerte?
- 37.- ¿Le da usted mucha importancia a los buenos modales e higiene?
- 38.- ¿Se preocupa usted por cosas horribles que puedan suceder?
- 39.- ¿Ha roto o perdido algo perteneciente a otra persona, en alguna ocasión?
- 40.- ¿Comunmente toma usted la iniciativa para hacer buenos amigos?
- 41.- ¿Se considera usted una persona tensa?
- 42.- ¿Cuando está con otras personas es usted muy callado?
- 43.- ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse?
- 44.- En algunas ocasiones tiende usted a presumir?
- 45.- ¿Puede usted darle vida fácilmente a una fiesta muy aburrida?
- 46.- ¿Le molesta las personas que manejan cuidadosamente?
- 47.- ¿Se preocupa usted por su salud?
- 48.- ¿Ha habido alguna ocasión en la cual usted ha dicho algo negativo o malo acerca de alguien?
- 49.- ¿Le gusta platicar bromas e historias graciosas a los amigos?
- 50.- ¿La mayoría de las cosas tienen el mismo sabor para usted?
- 51.- Cuando usted fue niño ¿Le tomó en alguna ocasión "el pelo" a sus padres?
- 52.- ¿Le gusta a usted mezclarse con la gente?
- 53.- Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo ¿le preocuparía?
- 54.- ¿Sufre usted insomnio?
- 55.- ¿Se lava usted las manos siempre antes de comer?
- 56.- Cuando la gente platica con usted ¿casi siempre tiene "lista" una respuesta?
- 57.- ¿Le gusta llegar a sus citas con mucha anticipación?
- 58.- ¿Se siente usted con frecuencia indiferente y cansado, sin haber ninguna razón?
- 59.- ¿Ha hecho usted alguna vez trampa en un juego?
- 60.- ¿Disfruta usted de hacer cosas en las cuales tiene que actuar rápidamente?

- 61.- ¿Su mamá fué o es una buena mujer?
- 62.- ¿Frecuentemente siente usted que la vida es aburrida?
- 63.- ¿Ha tomado usted ventaja de alguien alguna vez?
- 64.- ¿Con frecuencia toma usted más actividades de las que tiene tiempo?
- 65.- ¿Hay algunas personas que continuamente lo tratan de evitar?
- 66.- ¿Se preocupa usted mucho por su apariencia?
- 67.- ¿Piensa usted que la gente pasa demasiado tiempo guardando dinero y preocupándose por su futuro?
- 68.- En alguna ocasión ha deseado usted estar muerto?
- 69.- Evitaría usted pagar impuestos si estuviera seguro de que nunca lo encontrarían?
- 70.- Es usted capaz de iniciar el ambiente en una fiesta?
- 71.- ¿Trata usted de no se brusco con la gente?
- 72.- ¿Después de una situación embarazosa tiende usted a preocuparse por mucho tiempo?
- 73.- En alguna ocasión ha insistido en que se hagan las cosas a su manera?
- 74.- ¿Cuando viaja por autobús, tren o avión llega usted en el último minuto?
- 75.- ¿Sufre usted de los nervios?
- 76.- ¿Sus amigos rompen fácilmente con usted sin que esto sea por su culpa?
- 77.- ¿Se siente usted sólo frecuentemente?
- 78.- ¿Hace siempre lo que usted predica?
- 79.- ¿Le gusta en algunas ocasiones molestar a los animales?
- 80.- Es usted de las personas que se lastima muy fácilmente cuando la gente le encuentra fallas a usted o a su trabajo?
- 81.- ¿Ha llegado tarde en alguna ocasión a una cita o a su trabajo?
- 82.- ¿Disfruta usted de mucho bullicio y animación a su alrededor?
- 83.- ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?
- 84.- Está usted en algunas ocasiones lleno de fuerza y en otras muy lento y perezoso?
- 85.- En algunas ocasiones pospone usted para mañana lo que debería hacer hoy?
- 86.- ¿Piensa la gente que usted es una persona muy animada?
- 87.- ¿La gente le platica a usted muchas mentiras?
- 88.- Es usted delicado para ciertas cosas?
- 89.- ¿Cuando comete un error está usted siempre dispuesto a admitirlo?
- 90.- ¿Cuando ve a un animal atrapado es una trampa se siente triste?

APENDICE 2.

PREGUNTAS DEL EPQ AGRUPADAS POR FACTORES.

Tabla 4.

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE NEUROTICISMO.

- 3.- ¿Cambia su estado de ánimo con frecuencia?
- 7.- ¿Se siente usted muy triste de vez en cuando sin haber alguna razón?
- 12.- ¿Se preocupa frecuentemente por cosas que no debió haber hecho o dicho?
- 15.- ¿Es usted una persona irritable?
- 19.- ¿Son sus sentimientos fáciles de lastimar?
- 23.- ¿Se siente usted a menudo harto y cansado?
- 27.- ¿Se encuentra usted frecuentemente afectado por sentimientos de culpa?
- 31.- ¿Se considera una persona nerviosa?
- 34.- ¿Es usted una persona que se preocupa por todo?
- 38.- ¿Se preocupa usted por cosas horribles que puedan suceder?
- 40.- ¿Comunmente toma usted la iniciativa para hacer buenos amigos?
- 47.- ¿Se preocupa usted por su salud?
- 54.- ¿Sufre usted insomnio?
- 58.- ¿Se siente usted con frecuencia indiferente y cansado, sin haber ninguna razón?
- 62.- ¿Frecuentemente siente usted que la vida es aburrida?
- 66.- ¿Se preocupa usted mucho por su apariencia?
- 68.- ¿En alguna ocasión ha deseado usted estar muerto?
- 72.- ¿Después de una situación embarazosa tiende usted a preocuparse por mucho tiempo?
- 75.- ¿Sufre usted de los nervios?
- 77.- ¿Se siente usted sólo, frecuentemente?
- 84.- ¿Está usted en algunas ocasiones lleno de fuerza y en otras muy lento y perezoso?
- 88.- ¿Es usted delicado para ciertas cosas?

Tabla 5.

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE EXTROVERSION.

- 1.- ¿Tiene usted muchos pasatiempos?
- 5.- ¿Es usted una persona que habla mucho?
- 10.- ¿Es usted una persona bastante animada?
- 14.- ¿Comunmente puede usted relajarse y divertirse en una fiesta animada?
- 17.- ¿Disfruta usted al conocer gente nueva?
- 21.- ¿Tiende usted a estar al día en los sucesos y eventos sociales?
- 25.- ¿Le gusta a usted salir mucho?
- 29.- ¿Prefiere usted leer a conocer gente?
- 32.- ¿Tiene usted muchos amigos?
- 36.- ¿Puede usted considerarse una persona feliz y con suerte?
- 41.- ¿Se considera usted una persona tensa?
- X 42.- ¿Cuando está con otras personas es usted muy callado?
- 45.- ¿Puede usted darle vida fácilmente a una fiesta muy aburrida?
- 49.- ¿Le gusta platicar bromas e historias graciosas a los amigos?
- 52.- ¿Le gusta a usted mezclarse con la gente?
- 56.- Cuando la gente platica con usted ¿casi siempre tiene "lista" una respuesta?
- 60.- ¿Disfruta usted de hacer cosas en las cuales tiene que actuar rápidamente?
- 64.- ¿Con frecuencia toma usted más actividades de las que tiene tiempo?
- 70.- ¿Es usted capaz de iniciar el ambiente en una fiesta?
- 82.- ¿Disfruta usted de mucho bullicio y animación a su alrededor?
- 86.- ¿Piensa la gente que usted es una persona muy animada?

X= Reactivos invertidos

Tabla 6.

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL.

- X 4.- ¿Se ha dado crédito por algo que usted sabía que otra persona había hecho?
- X 8.- ¿En alguna ocasión ha tomado usted algo más de lo que le correspondía?
- 13.- Cuando dice que hará algo, ¿Cumple usted siempre su promesa sin importar que tan inconveniente pueda ser?
- X 16.- Alguna vez ha culpado a alguien por algo que usted sabía que era su falta?
- 20.- ¿Son buenos y deseables todos sus hábitos?
- X 24.- ¿Ha tomado usted alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no le pertenezca?
- X 28.- ¿En algunas ocasiones habla de cosas sobre las que usted no conoce nada?
- 35.- ¿Cuando usted era niño hacía lo que se le ordenaba inmediatamente sin enojarse?
- X 39.- ¿Ha roto o perdido algo perteneciente a otra persona, en alguna ocasión?
- X 44.- ¿En algunas ocasiones tiende usted a presumir?
- X 48.- ¿Ha habido alguna ocasión en la cual usted ha dicho algo negativo o malo acerca de alguien?
- X 51.- Cuando usted fue niño ¿Le tomó en alguna ocasión "el pelo" a sus padres?
- 55.- ¿Se lava usted las manos siempre antes de comer?
- X 59.- ¿Ha hecho usted alguna vez trampa en un juego?
- X 63.- ¿Ha tomado usted ventaja de alguien alguna vez?
- X 69.- ¿Evitaría usted pagar impuestos si estuviera seguro de que nunca lo encontrarían?
- X 73.- ¿En alguna ocasión ha insistido en que se hagan las cosas a su manera?
- 78.- ¿Hace siempre lo que usted predica?
- X 81.- ¿Ha llegado tarde en alguna ocasión a una cita o a su trabajo?
- X 85.- ¿En algunas ocasiones pospone usted para mañana lo que debería hacer hoy?
- 89.- ¿Cuando comete un error está usted siempre dispuesto a admitirlo?

X=Reactivos invertidos

Tabla 7.

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE PSICOTICISMO.

- X 2.- ¿Se detiene usted a pensar todas las cosas antes de hacerlas?
- X 6.- ¿Si tuviera deudas, le preocuparía?
- X 9.- ¿Cierra usted su casa cuidadosamente en la noche?
- X 11.- ¿Ver sufrir a los niños y animales le irrita y le molesta mucho?
- X 18.- ¿Considera usted que los "seguros" (Vida, Automóvil, etc.) son una buena idea?
- 22.- ¿Tomaría usted drogas que pudieran tener efectos extraños y peligrosos?
- 26.- ¿Disfruta usted de lastimar a las personas que ama?
- 30.- ¿Tiene usted enemigos que desearían lastimarlo?
- 33.- ¿Disfruta usted de hacer bromas que en alguna ocasión realmente puedan lastimar a la gente?
- X 37.- ¿Le da usted mucha importancia a los buenos modales e higiene?
- 43.- ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse?
- 46.- ¿Le molesta las personas que manejan cuidadosamente?
- 50.- ¿La mayoría de las cosas tienen el mismo sabor para usted?
- X 53.- Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo ¿le preocuparía?
- X 57.- ¿Le gusta llegar a sus citas con mucha anticipación?
- X 61.- ¿Su mamá fué o es una buena mujer?
- X 65.- ¿Hay algunas personas que continuamente lo tratan de evitar?
- 67.- ¿Piensa usted que la gente pasa demasiado tiempo guardando dinero y preocupándose por su futuro?
- X 71.- ¿Trata usted de no ser brusco con la gente?
- 74.- ¿Cuando viaja por autobús, tren o avión llega usted en el último minuto?
- 76.- ¿Sus amigos rompen fácilmente con usted sin que ésto sea por su culpa?
- 79.- ¿Le gusta en algunas ocasiones molestar a los animales?
- 83.- ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?
- 87.- ¿La gente le platica a usted muchas mentiras?
- X 90.- ¿Cuando ve a un animal atrapado es una trampa se siente triste?

X=Reactivos invertidos.

APENDICE 3.

CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR.

- A. Me siento más seguro cuando fumo.
- B. Siento que fumando me concentro mejor.
- C. El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación.
- D. Disfruto fumar después de los alimentos, con el thé, café, alcohol.
- E. Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme.
- F. Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro.
- G. No todos los cigarrillos que fumo son placenteros.
- H. El fumar me da más confianza en lo que estoy haciendo.
- I. Fumo para mantenerme despierto.
- J. El sentir el cigarrillo entre los dedos es gratificante.
- K. Cuando estoy relajado y en periodos de descanso me gusta fumar.
- L. Si estoy nervioso por algo fumo cigarrillos.
- M. Si cambio a cigarros suaves fumo casi el doble.
- N. Enciendo un cigarrillo sin haber terminado el anterior.
- O. Fumo más cuando estoy en reuniones sociales.
- P. En trabajos monótonos o aburridos fumo más.
- Q. Disfruto de golpear con el cigarrillo de determinada manera.
- R. Durante mu trabajo dedico tiempo para disfrutar de un cigarro.
- S. Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.
- T. Me siento a disgusto si no fumo, aún cuando el fumar no me es realmente grato.
- U. Enciendo cigarrillos sin darme cuenta.
- V. Cuando fumo me siento más sofisticado (a) y/o sensual.
- W. Me siento más alerta y con energía al fumar cigarrillos.
- X. Disfruto el fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos.
- Y. Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.
- Z. Fumo más cuando estoy tenso (a).
- Al. Al dejar de fumar unas cuantas horas empiezo a sentir síntomas físicos desagradables.
- B1. Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarrillo prendido.
- Cl. Cuando no estoy en reuniones sociales el deseo de fumar disminuye.
- D1. Trabajo mejor cuando fumo.
- E1. El sacar la cajetilla, el tener el cigarrillo en la mano y ver el humo, es gratificante.
- F1. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo.
- G1. El fumar me reduce la tensión.
- H1. Cuando no tengo cigarrillos soy capaz de hacer lo que sea por conseguirlos.
- I1. Fumo todos los cigarrillos que me ofrecen.

BIBLIOGRAFIA.

- Adler, A. (1967). *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires : Ed.Paidós.
- Allport, G.W. (1961). *Psicología de la Personalidad*. Buenos Aires : Ed.Paidós, Primera Edición.
- Andrucci, G. y Archer, R. y Pancoast, D. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53, 2, 253-266.
- Aragónés, R. (1981). *Tabaquismo*. Tesina. Facultad de Medicina. Depto de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arque, B. y Torrubia, B. (1987). Consumo de alcohol y tabaco, actividad de la amino oxidasa plaquetar y variables de la personalidad. *Psiquis Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicomatica*, (Jan), 18, 1, 43-47.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid : Ed.Alianza.
- Barefoot, J. y Smoth, R. y Dahlstrom, W. (1989). Personality predictors of smoking behavior in a sample of physicians. *Psychology and Health*, (Mar), 3, 1, 37-43.
- Barret, P. Eysenck, S. (1984). The assesment of personality factors across 25 countries. *Personality and Individual Differences*, 5, 6, 615-632.
- Bass, C. (1988). Personality correlates of smoking behaviour in men with heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 2, 397-400.
- Bejarano, J. (1989). La mujer que fuma como el hombre, enferma como el hombre. *Salud Entre Todos*, (Mayo), 39, 1989.
- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México : McGraw-Hill.
- Bischof, L. S. (1980). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. México : Ed.Trillas.
- Botwin, M. D. y Buss, D. M. (1989). The structure of act report data: Is the five-factor model recaptured?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 988-1001.
- Carreto, R. (1991). Es posible un futuro sin tabaco. *Salud Entre Todos*, (Agosto), 47, 3.
- Castro Sariñana, M. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud Pública Mex*, 32, 298-308.
- Castro, S. M. E. y Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1982). Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública de México*, 24, 5, 565-574.
- Cinciripini, P. M. (1986). The effects of smoking on electrocortical arousal in coronary prone (Type A) and non-coronary prone (Type-B) subjects. *Psychopharmacology*, 40, 522-527.

- Clairmonte, F. F. (1979). World Tobacco : Dynamics of oligopolistic annexationism. *Economic and Political Weekly*, 14, 1331-1344.
- Clarke, V. y White, V. y Beckwith, J. y Borland, R. y Hill, D. (1993). Are attitudes towards smoking different for males and females?. *Tobacco Control*, 2, 201-8.
- Conn, S. R. y Ramanaiah, N. V. (1990). Factor structure of the Comrey Personality Scales, the Personality Research Form-E, and the five-factor model. *Psychological Reports*, 67, 627-632.
- Costa, P. y McCrae, R. (1981). Stress, smoking motives, and psychological well-being: The illusory benefits of smoking. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 125-150.
- Cottraux, J. y Schbath, J. y Messy, P. et. al. (1986). Predictive value of MMPI scales on smoking cessation programs outcomes. *Acta Psychiatrica Belgica*, (Jul-Aug), 86, 4, 463-469.
- Crofton, J. (1984). The gathering smoke clouds : A worldwide challenge. *International Journal of Epidemiology*, 13, 3, 269-270.
- Cueli, J. y Reidl, L. (1975). *Teorías de la personalidad*. México : Ed. Trillas.
- Chandler, W. U. (1986). *Banishing Tobacco*. Worldwatch Paper 68. Worldwatch Institute, Washington, D.C.
- Chaplin, J. P. y Krawiec, T. S. (1978). *Psicología : sistemas y teorías*. México : Nueva Editorial Interamericana.
- Chapman, S. (1992). Changes in adult cigarette consumption per head in 128 countries, 1986-90. *Tobacco Control*, 1, 281-284.
- Diclemente, C. C. y Prochaska, J. O. y Fairhurst, S. K. y Velicer, W. F. y Velázquez, M. M. y Rosse, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Salud (1990). *Encuesta Nacional de Adicciones (Tabaco)*, México, 11-48.
- Doll, R. et. al. (1980). Mortality in relation to smoking: 22 Years observations on female British doctors. *British Medical Journal*, 280, 967-71.
- Dollard, J. y Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. U. S. A : McGraw-Hill.
- DSM III-R. (1988). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, U. S. A. : Ed. Masson, S.A.
- Eckholm, E. (1978). *Cutting Tobaccos Toll*. Worldwatch Paper 18. Worldwatch Institute, Washington, D.C.
- Eiser, J. (1978). Discrepancy, Dissonance and the Dissonant Smoker. *The International Journal of the Addictions*, 13, 8, 1295-1303.

- Erikson, E. H. (1966). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires : Ed. Horme.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of Personality*. Londres : Routledge.
- Eysenck, H. J. (1950). Criterion analysis and application of the hipotetico-deductive method to factor-analysis. *Psychological Review*, 57, 38-53.
- Eysenck, H. J. (1963). Smoking, personality and psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Res*, 7, 107-130.
- Eysenck, H. J. (1968). *The scientific study of personality*. U. S. A. : John Wiley and Sons Inc.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. London : Methuen.
- Eysenck, H. J. (1972). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona : Ed. Fontanella.
- Eysenck, H. J. y Eaves, L. J. (1980). *The causes and effects of smoking*. London : Maurice Temple Smith.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. New York : Hodder and Stoughton Press.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1978). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Gran Bretaña : Hodder and Stoughton Ltd.
- Eysenck, H. J. y Rachman, S. (1965). *The causes and cures of neurosis*. San Diego California : Robert R. Knapp.
- Eysenck, S. B. y Eysenck, H. J. y Arrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Person. individ. Diff*, 6, 1, 21-29.
- Eysenck, S. B. y Lara, C. (1989). Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. *Salud Mental*, 12, 6, 14-20.
- Fagstrom, K. y Sawe, U. (1989). Dejar de fumar y características de personalidad en pacientes con enfermedad adquirida por el tabaco con especial referencia a las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2, 3, 59-65.
- Fielding, J. E. (1985). Smoking : Health effect and control. *New England Journal of Medicine*, 113, 9, 555-561.
- Fiore, M. C. y Novotny, T. F. y Pierce, J. P. y Giovino, G. A. y Hatziandrev, E. J. y Newcomb, P. A. y Surewicz, T. S. y Davis, R. M. (1990). Methods used to quit smoking in the United States : Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263, 20, 2760-2765.
- Foreyt, J. P. y Jackson, A. S. y Squires, W. G. y Hartuns, G. H. y Murray, T. D. y Gotto, A. M. (1993). Psychological Profile of college students who use smokeless tobacco. *Addictive Behaviors*, 18, 107-116.
- Forgays, D. G. y Bonaiuto, P. y Wrzesniewski, K. y Forgays, D. K. (1993). Personality and Cigarette Smoking in Italy, Poland and the United States. *The International Journal of the Addictions*, 28, 5, 399-413.

Freedman, A. y Kaplan, H. y Sadock, B. (1981). **Compendio de Psiquiatría**. Barcelona, España : Salvat Editores.

Gallup (1974). Public puffs on after 10 years of warning. In **Gallup Opinion Index** (June, Rep. N°. 108, 20-21), U. S. A. Princeton N. J. : Gallup Organization.

García, V. et. al. (1984). Análisis de algunos factores en la erradicación del hábito de fumar. **Boletín de Psicología en Cuba**, (May-Aug), 7, 2, 39-58.

Gardida, CH. A. Martínez, L. C. y Núñez, M. R. y Lira, M. S. (1993). Magnitud del hábito de fumar tabaco en los estudiantes de Cuernavaca, Mor. **Rev Inst Nal Enf Resp Méx**, (Abril-Junio), 6, 2.

Garfinkel, L. (1985). Selection, follow-up and analysis in the American Cancer Society prospective studies. In : Garfinkel, L. y Ochs, O. y Mushinski, M. Eds. NCI Monograph 67. National Cancer Institute NIH publication No. 85-2713, 49-52.

Garret, H. E. (1969). **Las grandes realizaciones en la psicología experimental**. Biblioteca de Psicología y psicoanálisis. México : Fondo de cultura económica.

Gavito de la T. y Ortega, S. y Gutiérrez de V. y Aguirre, T. (1990). Características psicosociales de los tabaquistas que solicitan tratamiento según su sexo y su patrón de consumo. **Salud Mental**, 13, 4.

Gilbert, D. (1988). EEG and personality differences between smokers and nonsmokers. **Personality and Individual Differences**, 9, 3, 659-665.

Gilbert, D. y Robinson, J. H. y Chamberlin, C. L. (1989). Effects of Smoking/Nicotine on Anxiety, Heart Rate and Lateralization of EEG During a Stressful Movie. **Psychophysiology**, 26, 3, 311-320.

Glover, E. y Holbert, D. y Alston, P. y White, D. M. y Edmundson, E. W. (1990). Personalities of current users and quitters of smokeless tobacco. **Health Values**, 14, 42-45.

Gmur, M. y Tschopp, A. (1987). Factors determining the success of nicotine withdrawal : 12-year follow-up of 532 smokers after suggestion therapy (by a faith healer). **International Journal of the Addictions**, 22, 12, 1189-1200.

Gonzalez, R. E. (1991). **Hábito tabáquico entre los trabajadores del Hospital General de México**. Memorias del Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental. Agosto, 115.

Greenberg, R. y Bornstrin, R. (1988). The dependent personality : II. Risk for psychological disorders. **Journal of Personality Disorders**, (Sum), 2, 2, 136-143.

Grobe, C. y Campbell, E. (1990). Who is using what in the public schools : The interrelationships among alcohol, drug and tobacco use by adolescent in New Brunswick classrooms. **Journal of Alcohol and Drug Education**, (Spr), 35, 3, 1-11.

Gross, M. L. (1978). **La falacia de Freud**. España : Editorial Cosmos.

- 199.
- Grunberg, N. E. y Winders, S. E. y Wewers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology*, 10, 143-153.
- Guillen, A. D. (1991). El tabaquismo como problema de salud en México. Dir. Gral. de Asuntos Estatales. Memorias del Congreso Bienal de la Federación Mundial de la Salud Mental, Agosto, 116, México, D.F.
- Hall, C. S. y Lindzey, G. (1984). Theories of personality. U. S. A. : Jhon Wilwy and Sons Inc.
- Hammond, E. C. y Horn, D. (1958). Smoking and death rates. Report on forty-four months of follow-up of 187,783 men:II. Death rates by cause. *JAMA*, 166, 1294-1308.
- Hao, W. y Yang, D. (1992). Factors influencing the outcomes of a smoking cessation program for 107 smokers. *Chinese Mental Health Journal*, (Oct), 6, 5, 194-206.
- Hayashi, M. (1988). Ansiedad y Tabaquismo. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hergenbahn, B. R. (1984). An Introduction to theories of personality. U. S. A. : Prentice-Hall Inc.
- Hilgard, E. y Bower, G. (1980). Teorías de Aprendizaje. Biblioteca Técnica de Psicología. México : Ed.Trillas.
- Horney, K. (1960). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires : Ed.Paidós.
- Imperato, P. y Mitchell, G. (1986). Cigarette smoking: A "chosen risk". *New York State Journal of Medicine*, (Sep), 86, 9, 485-489.
- Instituto Nacional del Consumidor. (1985). Hábitos de consumo de tabaco de la población estudiantil de la Cd. de México. Serie: Temas de Actualidad/2, Documento Interno. México, D.F., Mayo.
- Iyer, P. y Chadha, N. (1985). Non-smokers, light smokers and heavy smokers attitude towards statutory warning. *Journal of Psychological Researches*, (Jan), 29, 1, 55-58.
- Joly, D. J. y Acosta, M. R. S. (1980). Bulletin of the Pan American Health Organization, 17, 2, 158-163.
- Jones, R. T (1987). Tobacco dependence. En: *Psychopharmacology: The third Generation of Progress*, Nueva York, Meltzer HV (ed). Raven Press, 1589-1595.
- Jones, R. y Hartmann, B. (1988). Ego identity : Developmental differences and experimental substance use among adolescents, *Journal of Adolescence*, (Dec), 11, 4, 347 -360.
- Jung, C. G. (1938). Lo inconsciente. Buenos Aires : Ed.Losada, S. A.
- Kabat, G. C. y Wynder, E. L. (1984). Lung cancer in non smokers. *Cancer*, 53, 1214.
- Ketterer, M. y Maercklein, G. (1992). The association of Friedman's pathogenic emotions (AIAI) with current smoking, but not smoking history, in males suspected of coronary artery disease (CAD). *Stress Medicine*, (Apr), 8, 2, 99-103.
- Kozicki, Z. (1986). Why do adolescents use substances (drugs/alcohol)?. *Journal of Alcohol and Drug Education*, (Fal), 32, 1, 1-7.

- Kriebel, R. y Ganz, R. E. y Stacher, K. H. et.al. (1992). Towards an empirical analysis of typical and nontypical smokers. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, (Dec), 13, 4, 221-231.
- Kuhn, T. S. (1973). *The structure of scientific revolutions*. U. S. A. : University of Chicago Press.
- Lanning, K y Gough, H. G. (1991). Shared variance in the California Psychological Inventory and the California Q-Set. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 596-606.
- Lara, C. M. A. y Balzaretto, G. M. y cols. (1984). Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. *Salud Pública de México*, 26, 122-130.
- Lara, M. y Cortés, J. y Verduzco, M. (1992). Datos adicionales sobre la validez y confiabilidad del cuestionario de personalidad de Eysenck en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, 1, 45-50.
- Lavouvie, E. y McGee, y Connell, R. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, (Jun), 54, 3, 289-293.
- Lester, D. y Parilis, G. (1986). Personality correlates of the use of marihuana, tobacco and beer. *Psychological Reports*, (Oct), 59, 2, (Pt 1), 414.
- Lester, D. y Collins, M. (1988). Reasons for smoking and personality : A preliminar study. *Psychological Reports*, (Feb), 62, 1, 304.
- Lichtenstein, E. y Danaher, B. (1976). Modification of smoking behavior. A critical analysis of theory research and practice. *Progress in Behavior Modification*. U. S. A.: N.Y. Academic Press 3, 70-132.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking Cessation: What have we learned over the past decade?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 4, 518-527.
- Lorant, R. (1989). Preocupación en europa por el tabaquismo juvenil. *Salud Entre Todos*, (Enero), 37, 1, 6, 7.
- Lyvers, S. M. y Boyd, G. y Maltzman, I. (1987). Smoking, personality, and imagery preference in relation to spontaneous bilateral electrodermal activity. *Pavlovian Journal of Biological Science*, (Jan-Mar), 22, 1, 7-15.
- Maiani, G. y Callegari, S. y Sanavio, E. (1990). Smoking after myocardial infraction. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, (Oct-Dec), 6, 4, 207-215.
- Maier, H. (1979). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Argentina : Amorrortu editores.
- Marston, A. y Jacobs, D. y Singer, R. et. al. (1988). Adolescents who apparently are invulnerable to drug, alcohol and nicotine use. *Adolescence*, (Fal), 23, 91, 593- 598.

- McGinnis, J. M. y Shoplans, D. y Brown, C. (1987). Tobacco and health : trends in smoking and smokeless tobacco consumption in the United States. *Ann Rev Public Health*, 8, 441-467.
- McManus, I. C. y Weeks, S. J. (1982). Smoking, personality and reasons for smoking. *Psychological Medicine*, 12, 349-356.
- Mischel, H. J. y Mischel, W. (1973). *Readings in personality*. Stanford University. U. S. A. : Holt Rinehart and Winston Inc.
- Murdaugh, C. y Hinshaw, A. (1986). Theoretical model testing to identify personality variables effecting preventive behaviors. *Nursing Research*, (Jan-Feb), 35, 1, 19-23.
- Narváez, L. A. (1985). *Condiciones psicosociales del hábito tabáquico: un estudio exploratorio*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Newman, B. y Newman, P. (1983). *Desarrollo del niño*. México : Editorial Limusa.
- Nirmala, M. y Swaminathan, V. (1985). Cigarette smoking and personality. *Social Defence*, (Apr), 20, 80, 25-29.
- Noriega, L. J. y Puente Silva, F. G. y De la Garza, J. (1983). Encuesta sobre el hábito de fumar en 495 médicos de siete centros hospitalarios de la ciudad de México. Trabajo presentado en: Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar", (Octubre), México, D.F.
- Organización Mundial de la Salud. (1987). *Resoluciones y decisiones para la celebración del Día Mundial sin Fumar*. Forty World Health Asembly. Geneva.
- Organización Panamericana de la Salud. (1977). *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América latina*. Publicación Científica núm. 337, Washington, D.C., U. S. A.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Tabaquismo y Salud en las Américas*. La prevalencia del tabaquismo en América Latina y el Caribe. Informe de la Cirujana General, 67-111.
- Otero, M. R. (1989). *Epidemiología del consumo de tabaco en dos poblaciones de Michoacán*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ozorio, P. (1989). El segundo Día Mundial sin Tabaco. *Salud Mundial*, (Abril), 26-27.
- Patil, R. y Chengti, S. (1987). A study on smoking and personality characteristics of farmers of rural Gulbarga. *Indian Psychological Review*, 32, 8-9, 47-50.
- Pérez, N. J. et.al. (1993). Contaminación del aire en interiores. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar de niños y adultos asmáticos. *Rev Inst Nal Enf Resp Méx*, Enero-Marzo, 6, 1.
- Persaud, J. (1980). *Smoking and Health*. World International Medical Journal. XXIX, 1, 1-2.
- Pick, S. y López, A. L. (1992). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México : Editorial Trillas.

- Pierce, J. P. (1993). El consumo del tabaco: sus consecuencias para la Salud. Conferencia durante las XXV Jornadas Médicas Quirúrgicas del INER, México.
- Plan de Acción contra el Tabaco. (1988). El tabaco produce cáncer y otras enfermedades mortales. Europa sin tabaco, 4.
- Poole, M. y Evans, G. (1987). Substance use : A life skills perspective. Special Issue: Juvenile substance use and human development : New perspectives in research and prevention. *European Journal of Psychology of Education*, (Dec), 2, 4, 403-419.
- Pritchard, W. (1991). The link between smoking and P : A serotonergic Hypothesis*. *Personality and Individual Differences*, 12, 11, 1187-1204.
- Pritchard, W. y Kay, D. (1993). Personality and smoking motivation of U. S. smokers as measured by the state-trait personality inventory, the Eysenck personality questionnaire and Spielbers smoking motivation questionnaire. *Person. Individ. Diff.*, 14, 5, 629-637.
- Prochaska, J. O. (1991). Prescribing to the stages and levels of change. *Psychotherapy*, 28, 463-468.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 9, 1102-1114.
- Puente, S. F. y Rubio, H. y Balzaratti, M. et.al. (1983). Experiencia en la Clínica de Tabaquismo en México. *Terapia Educativa Conductual en el hábito tabáquico*, (En preparación).
- Puente, S. et.al. (1984). Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo -conductual. *Salud Mental*, 7, 2, 62-68.
- Puente, S. F. G. (1985). Resultados de encuestas sobre el hábito de fumar en tres muestras (población suburbana/rural, personal médico de siete centros hospitalarios y personal de Petróleos Mexicanos). Implicaciones y consideraciones. *Salud Mental*, (Septiembre), VIII, 3.
- Rayo, F. (1991). Cada vez menos tabaco en los hábitos de los andaluces. *Salud Entre Todos*, (Noviembre), 48, 5.
- Reports of the Royal College of Report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization. (1992). *Smoking and health in the Americas, Physicians*, Pitman, London:
 a) Smoking and Health (1962).
 b) Smoking or Health (1977).
 c) Health or Smoking (1983).
- Rimpela, A. (1992). Critical analysis of the Finnish Tobacco Act: implementation and legitimacy, 1977-89. *Tobacco Control*, 1, 285-293.
- Robicsek, F. (1978). *The smoking Gods: Tobacco in Maya Art, History and Religion*. U. S. A. : University of Oklahoma Press.

- Rocklin, T. y Revelle, W. (1981). The measurement of extraversion : A comparison of the Eysenck Personality Inventory and the Eysenck Personality Questionnaire. *British Journal of Social Psychology*, 20, 279-284.
- Rose, G. A. y Blackburn, H. (1982). Cardiovascular survey methods, 2nd edn World Health Organisation, Geneva.
- Rubio, H. (1993). Día mundial sin fumar. *Rev Inst Nal Enf Resp*, (Abril-Junio), 6, 2.
- Russell, M. (1970). Effect on electric aversion on cigarette smoking. *Br. J Med*, 1, 82-96.
- Russell, M. A. H. y Peto, J. y Patel, U. A. (1974). The classification of Smoking by Factorial Structure of Motives. *J. R. Statist. Soc. A*, 137, Part 3.
- Russell, M. A. H. y Feyerabend, C. y Cole, P. V. (1976). Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing nicotine gum. *British Medical Journal*, 1, 1043-1046.
- Schargrodsky, H. et al. (1993). Cigarette smoking and acute myocardial infraction : a case-control study from Argentina. *Tobacco Control*, 2, 127-131.
- Sieber, M. y Angst, J. (1990). Alcohol, tobacco and cannabis : 12-year longitudinal association with antecedent social context and personality. *Drug and Alcohol Dependence*, (Jun), 25, 3, 281-292.
- Skinner, B. F. (1979). *La conducta de los organismos*. España : Ed. Fontanella.
- Stacy, A. y Sussman, S. y Dent, C. et. al. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking". *Personality and Social Psychology Bulletin*, (Apr), 18, 2, 163-172.
- Stebbins, K. (1987). Tobacco or Health in the third world: a political economy perspective with emphasis on México. *International Journal of Health Services*, 17, 3.
- Tapia-Conyer, R. y Lazcano, F. y Medina-Mora, M. E. y Solache, G. y León, G. y Otero, B. R. y Rascón, M. L. y Sepúlveda, J. (1990). El hábito de fumar en la Ciudad de México. *Boletín Mensual de Epidemiología*. Sistema Nacional de Salud, Marzo, 5, 3.
- Tapia-Conyer, R. y Medina-Mora, M. E. y León, A. G. y Rascón, M. L. y Lazcano, R. F. y Solache, A. G. y Otero, B. R. y Sepúlveda, J. (1990). El consumo de tabaco en el Distrito Federal. *Salud Mental*, (Diciembre), 13, 4.
- Tapia-Conyer, R. y Medina-Mora, M. E. y Sepúlveda, J. y De la Fuente, R. y Kumate, J. (1990). La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública*, (Septiembre-Octubre), 32, 5.
- Taylor, R. (1993). Estimating risk of tobacco-induced mortality from readily available information. *Tobacco Control*, 2, 18-23.
- Tokheim, C. y Wanzenried, J. y Powell, F. (1990). Cigarette smoking : Effect on perceptions of source credibility. *Psychological Reports*, (Jun), 66, 3, Pt 2, 1388-1390.

- Tye, J. B. (1985). **A note on policy issues in the cigarette industry.** A report of the Graduate School of Business, Stanford University, Stanford, California, USA.
- US Department of Health and Human Services. (1982). **The health consequences of smoking : cancer.** A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland : Public Health Service Office on Smoking and Health. (DHHS Publication No.(PHS), 82-50179).
- US Department of Health and Human Services. (1989). **Reducing the health consequences of smoking : 25 years of progress.** A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia : Centers of Disease Control, Office on Smoking and Health. (DHHS Publication No.(CDC) 89-8411.)
- Velazquez, M. G. y et. al. (1992). Prevalencia y consumo de tabaco de una población estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F. **Salud Mental**, (Septiembre), 15,3.
- Von Knorring, L. y Oreland, L. (1985). Personality traits and platelet monoamine oxidase in tobacco smokers. **Psychological Medicine**, (May), 15, 2, 327-334.
- Walsh, D. C. y Gordon, N. P. (1986). Legal approaches to smoking deferrence. **Ann Rev Public Health**, 7, 127-149.
- Wangai, P. (1992). No nos dejemos engañar por el tabaco. **Salud Mundial**, (ene-febr), 8-9.
- Wakefield, J. (1988). Personality, health and cigarette smoking. **Personality and Individual Differences**, 10, 5, 541-546.
- Waldron, I. (1991). Patterns and causes of gender differences in smoking. **Soc Sci Med**, 32, 989-1005.
- Whelan, E. M. A. (1984). **Smoking Gun : How the Tobacco Industry Gets Away with Murder.** U. S. A. : Stickley Philadelphia.
- Winefield, H. y Winefield, A. y Tiggemann, M. et. al. (1989) Psychological concomitans of tobacco and alcohol use in young Australian adults. **British Journal of Addiction**, (Sep), 84, 9, 1067-1073.
- Wijatkowski, S. y Forgays, D. y Wrzasniewski, K. et.al. (1990). Smoking behavior and personality characteristics in Polosh adolescents. **International Journal of the Addictions**, (Apr), 25, 4, 363-373.
- World Health Organization. (1979). **Controlling the Smoking Epidemic.** Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series, N.636. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (1985). **Seventy-seventh session. Who programme on tobacco or health.** Report by the Director General. Provisional agenda item 15, EB 77/22 Add 1, Noviembre.
- World Health Organization. (1983). **Smoking control strategies in developing countries.** Report of a WHO Expert Committes. Technical Report Series, No.695.
- Zdeb, M. S. (1977). The probability of developing cancer. **American Journal of Epidemiology**, 106, 6-16.

- Zuckerman, M. y Kuhlman, D. M. y Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analyses of Scales believed to measure basic dimensions of personality. **Journal of Personality and Social Psychology**, 54, 96-107.
- Zuckerman, M. y Kuhlman, D. M. y Thornquist, M y Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. **Personality and Individual Differences**, 12, 929-941.