



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD ACADÉMICA DR. IGNACIO CHAVEZ
ISSSTE

FACTORES PERSONALES Y PSICOSOCIALES
QUE FAVORECEN EL HABITO TABAQUICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESINA RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO
DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR
P R E S E N T A N
DRA. MARTHA ELENA ELIZONDO ORTIZ
DRA REYNA GUADALUPE MILLAN FONSECA
Asesor: Dr. Arturo Villafuerte Ramfrez





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.

I N D I C E

1.-P r o b l e m a	1
2.-M a r c o T e ó r i c o	4
3.-J u s t i f i c a c i ó n	15
4.-O b j e t i v o s	16
5.-M e t o d o l o g í a	17
6.-R e s u l t a d o s	19
7.-D i s c u s i ó n	21
8.-E s q u e m a s	26
9.-C u a d r o s	27
10.-A n e x o I	31
11.-B i b l i o g r a f í a	34

PROBLEMA

El tabaquismo se ha convertido en los últimos años en un problema importante en el área médica, ya que existe una relación estrecha entre el incremento del hábito de fumar y la aparición de enfermedades del aparato respiratorio como son enfermedades graves como el cáncer broncogénico y enfermedades crónico degenerativas: enfisema, bronquitis crónica, cardiopatía isquémica y valvulopatías periféricas.

En nuestro país el consumo de cigarrillos ha aumentado importantemente en los últimos 10 años, por tal motivo se han establecido Clínicas de Tabaquismo con el objeto de suprimir el hábito tabáquico en aquellas personas que lo deseen, reportando en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), que existe un alto porcentaje de personas que han intentado dejar de fumar sin lograrlo, encontrando cerca de un 60% de su población estudiada que habían tenido varios intentos de dejar de fumar sin éxito (28).

Ante tal persistencia, nos surge la interrogante de cuáles son los factores psicosociales y personales que influyen en el inicio del hábito tabáquico, ya que al determinar éstos, podríamos establecer el origen del mismo y en un futuro determinar medidas preventivas.

Influyen múltiples factores para el inicio y mantenimiento del hábito, encontrándose entre ellos aspectos de índole psicológico, social y características de personalidad

del individuo, perpetuándose por el desarrollo de dependencia psicológica y física a la nicotina.

El fumar es una conducta aprendida o condicionada-- entre una secuencia estímulo-respuesta que es reforzada 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 sensu ríomotriz, que produce a nivel oral, manual y respiratorio; - tercero, que se le adjudican efectos adictivos y tranquilizan tes, y cuarto, porque se le considera también como estimulante (22). Lo que explica en parte el mantenimiento del hábito que se encuentra rodeado de reforzadores positivos que gratifican al sujeto. Por otro lado es socialmente aceptado y promovido por los medios de pblicidad, relacionándolo con la belleza, atractivo sexual, status, tranquilidad, favoreciendo - el inicio en la población más susceptible, como lo son: los - jóvenes y las mujeres. La tipología más aceptada en la actualidad con respecto a las razones para el inicio del hábito es la propuesta por Russell en 1974, quien define dos grupos: -- farmacológico, los dependientes a la nicotina y otro grupo no farmacológico, que se basa en factores psicosociales, los cuales a su vez se subdividen en 3 o 4 subgrupos que se encuentran altamente intercorrelacionados (2).

Otro factor importante lo constituye la personali-- dad del individuo encontrando diversos estudios donde predomi nan los rasgos de extroversión y psicotisismo (20).

El ser humano desde su nacimiento hasta la muerte, vive en sociedad, influyendo ésta en todos los aspectos de su vida de relación, por lo que consideramos que tiene una importancia relevante en el inicio del hábito tabáquico, el aspecto psicosocial, por lo que trataremos en éste estudio de determinar los factores psicosociales que influyen en su inicio y mantenimiento del hábito y crear estrategias para disminuir la incidencia de tabaquismo.

MARCO TEORICO

En los países desarrollados ha disminuido el consumo de tabaco, planteando un problema para los países en vías de desarrollo, como el nuestro. Las compañías tabacaleras transnacionales han puesto su interés en los mercados de consumo de países en vías de desarrollo en donde los grupos de jóvenes y mujeres constituyen una población de fumadores en potencia. La reducción paulatina de importación de tabaco en Estados Unidos de Norteamérica, ha forzado a los exportadores a promover el consumo interno con el consecuente incremento de padecimientos asociados al uso de ésta substancia - (29).

México ocupa el 18avo. lugar entre los países exportadores de tabaco, con un promedio anual de 22,000 toneladas (20).

Las consecuencias de éstas acciones ya se hicieron evidentes de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) efectuada en 1986, en donde se encontró que las mujeres entre los 21 y 25 años de edad mostraron una proporción mayor de consumo de tabaco que los hombres, y el grupo de 18 años y más, mostró una mayor intensidad en el hábito, esto indica que no es tan prevalente como en otros países, donde predomina la población adolescente (3).

A nivel mundial se ha observado que el tabaquismo es más frecuente en hombres que en mujeres, con mayor incidencia entre los 25 y 45 años de edad, promedio menor nivel-

socioeconómico, con mayor frecuencia en la población urbana (2). En nuestro país los datos estadísticos más recientes son los reportados por la ENSA, donde menciona que de 55;705,309 individuos mayores de 12 años, 9;495,977 eran fumadores cuando se efectuó la encuesta, por lo que se refiere a distribución por sexos, resultó evidente que los hombres son los fumadores por excelencia, con la excepción del grupo de edad de mujeres mencionado con anterioridad, no se cuenta con la información de frecuencia de acuerdo al nivel socioeconómico, grado de escolaridad y ocupación de los fumadores en la población total del país. Este tipo de información se ha obtenido de muestras pequeñas, una de ellas fué tomada del INER incluyendo 170 pacientes de la Clínica de Tabaquismo en el año de 1989, reportando que el 60% de la población estaba -- constituida por universitarios y personas que habían terminado la preparatoria o más. El 35% eran profesionistas coincidiendo con lo publicado a nivel internacional (28).

ACCIONES DE LOS COMPONENTES DEL TABACO: El humo -- del cigarro es una mezcla de más de 1200 sustancias encontrándose entre las más importantes y nocivas las siguientes: monóxido de carbono, nicotina, hidrógeno, cianuro, metales, hidrocarburos aromáticos policíclicos y nitrosaminas (éstos dos últimos carcinógenos) (14). La nicotina tiene efecto estimulante en el estado de ánimo produciendo dependencia psicológica, actúa sobre el organismo a diferentes niveles: Sistema Nervioso Central, aumenta el grado de atención y la ca-

pacidad de percepción mental; Sistema Nervioso Periférico, -- ejerce efecto estimulante inicial, seguido de un efecto depresor, siendo los efectos de estos dos aparatos los más importantes para el desarrollo de la adicción; en la médula suprarrenal produce la liberación de pequeñas cantidades de adrenalina que actúa sobre el aparato cardiovascular; en el aparato digestivo, aumenta el tono y la actividad motora del intestino; efectos perinatales como bajo peso del producto al nacimiento (28,34).

Los hombres que fuman tienen 100% de probabilidad de morir de cáncer. En las mujeres el cáncer de pulmón ha aumentado en las últimas décadas hasta constituir una de las causas principales de muerte; sólo 10% de los pacientes tratados de cáncer de pulmón sobreviven hasta 5 años; un fumador crónico tarda 15 años una vez abandonado el hábito en disminuir sus probabilidades de cáncer a las cifras promedio los hijos de fumadores son 100% más propensos a fumar en la vida adulta; las esposas de fumadores tienen más probabilidad de contraer cáncer de pulmón que las esposas de no fumadores, y entre los hijos de fumadores son más frecuentes los problemas respiratorios y alérgicos (29).

INICIO Y DESARROLLO DEL HABITO DE FUMAR: El niño fuma porque ve fumar a sus padres y a las personas mayores, y de ésta manera manifiesta su deseo de parecerse a ellos. La adolescencia es un periodo en el cual el niño está en proceso de reducir su dependencia familiar y la transfiere a --

otros de su misma edad. Como resultados de las necesidades-- del estudiante y del adolescente, existe la dependencia a -- grupos que tienen como función proporcionar la oportunidad - de experimentar con una gran variedad de conductas sociales, que pueden ser aceptadas y reforzadas, a través de las cua-- les logran expresar la independencia y separación de sus pa-- dres; en éste periodo convergen factores que inducen a fumar entre los más importantes destacan: curiosidad, aceptación - en el grupo social, anticipación a la edad adulta, rebeldía, ejemplo de los padres, hermanos mayores y amigos, y la fácil- disponibilidad de los cigarrillos (31).

Existen dos hipótesis complementarias que traran-- de explicar cómo se establece la conducta adictiva; una es - la propuesta por Russell: la farmacológica, en la que se men-- ciona que el individuo inicia a fumar por factores psicológi-- cos y sociales, desarrollado por los efectos de la nicotina, dependencia psicológica y posteriormente física, con la pre-- sencia de síndrome de abstinencia cuando el sujeto deja de - fumar (DSM III, el cual lo cataloga de leve, 1-10 cigarrillos al día, moderado de 10-20 y severo de más de 20). . La segun-- da menciona que la adicción es el resultado del desarrollo - de una dependencia psicológica en la cual el cigarro se inte-- gra a la estructura cognoscitiva del individuo, como un ele-- mento asociado a situaciones importantes y placenteras (28). Esta clasificación realizada en 1974, es la mejor clasificac-- ión aceptada hasta ahora, basada en un modelo conductista,-

analizando los datos de motivaciones, gratificaciones, estímulos y situaciones bajo las cuales se fuma. Clasificándolos en 7 grupos o categorías de fumadores, correlacionándose entre sí, como puede observarse en el esquema no. 1, el cual nos muestra a las dos grandes divisiones: farmacológico y no farmacológico. Encontrando dentro del primero 3 grupos: psicossocial, sensorio-motor e indulgente, y dentro de la segunda división: el grupo estimulante, automático y adictivo, e intercorrelacionándose entre las dos: el grupo sedante. A -- continuación desglosaremos cada uno de los grupos:

1. Tabaquismo psicossocial: aquí las gratificaciones obtenidas son todas psicossociales, la ingestión de nicotina es virtualmente nula. Se utiliza el valor simbólico del fumar para crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad o satisfacción. Ayuda a incrementar una imagen social y a -- conformar y ganar aceptación en determinado grupo. Esta imagen es obviamente de mayor relevancia para el quinceañero, y ésta forma de fumar está ampliamente confinada a los primeros estadios del tabaquismo durante la adolescencia. Para la mayoría la rápida absorción de nicotina, asegura la evol- -- ción a fumar por las recompensas farmacológicas, pero en al -- gunos que no inhalan, una forma psicossocial intermitente de fumar puede persistir durante años.

2. Tabaquismo sensorio-motor: incluye el goce de numerosas -- sensaciones no farmacológicas de fumar y el uso de manipula -- ciones orales, manuales y respiratorias para procurarse pla --

cer así como una compleja serie de reductores de tensión. La apariencia del paquete, la sensación del cigarrillo en las manos y la boca, el acto de encenderlo, la forma de tomarlo, de darle la chupada, el percatarse del acto, el olor, sabor y el sonido, todo ello contribuye a la elaboración de un ritual sensoriomotor complejo. Es la repetición del ritual por sí mismo gratificante, mucho más que cualquier efecto farmacológico.

3. Tabaquismo por indulgencia: Ésta es la forma más común de tabaquismo y es característico de la mayoría de los fumadores leves, que fuman por placer en periodos de descanso o relajamiento cuando fumar puede ser positiva y deliberadamente saboreado y gozado. Por ejemplo: después de los alimentos,-- durante las pausas de trabajo, se asocia a toma de thé, café alcohol o para aumentar el placer de las reuniones sociales. A diferencia del tabaquismo psicosocial, éste ocurre cuando el fumador se encuentra solo. El tabaquismo por indulgencia no es totalmente regular. Periodos de 2 a 3 horas son comunes especialmente cuando el fumador está ocupado o absorto en algo. No obstante todo esto, el tabaquismo es frecuente en el indulgente. Este tipo no produce ansiedad por fumar, incluso muchas veces el fumador se olvida del cigarro si no lo tiene a la mano. El tabaquismo por indulgencia se asocia a la inhalación y gran parte del placer de fumar deriva del efecto -- farmacológico de la nicotina.

4. Tabaquismo sedante (tranquilizante): 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. No queda claro que tanto el efecto sedante está proporcionado por la acción farmacológica de la nicotina o por la posibilidad de mantener ocupadas las manos y la boca. El tabaquismo sedante es más común en las mujeres y también en gentes tensas y nerviosas. Se asocia también con urgencia y tabaquismo adictivo. Es posible que la tensión y la ansiedad que trata de evitarse, no sea un signo de neuroticismo sino realmente un signo toma de abstinencia.

5. Tabaquismo estimulante: en contraste con el tabaquismo -- por indulgencia que es llevado a cabo durante periodos de descanso, el tabaquismo estimulante ocurre cuando el fumador está ocupado y activo. El uso está dado por la actividad estimulante de la nicotina, lo cual provoca una exaltación subjetiva para ayudar a pensar y a concentrarse, por alejar la fatiga y mantener la habilidad que demandan las situaciones es tresantes. Al igual que el tabaquismo sedante que es utilizado para disminuir el estrés, el tabaquismo estimulante es -- utilizado para realizar el desempeño, satisfacer y vencer el estrés. Se asocia a una absorción alta de nicotina. La inhala ción es profunda y el consumo de cigarrillos alto, especialmente en situaciones de demanda cuando el acto de fumar se encadena. Esta clase de fumadores son comúnmente también fumadores adictivos o automáticos.

6. Tabaquismo adictivo: aquí el fumador experimenta síntomas de supresión a lo sumo a los 20 -30 minutos de no fumar. Fumar para evitar o disminuir este estado desagradable. Fumar no es por mucho tiempo disfrutado, pronto se vuelve una necesidad. La frecuencia varía poco con los cambios de las situaciones externas. Se inicia inmediatamente al levantarse y cesa con el sueño. Es regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.

7. Tabaquismo automático: ésta clase de tabaquismo se encuentra únicamente en fumadores muy voraces quienes fuman por estimulación o por adicción o más comúnmente por ambos. El fumador frecuentemente se sorprende a sí mismo encendiendo un segundo cigarrillo cuando todavía el primero se está quemando. Fumar se ha vuelto automático, pero es particularmente el encender el cigarro el que comúnmente es inconsciente. No hay una gran conciencia de fumador ni tampoco una necesidad de fumar si no hay cigarrillos disponibles.

Debe hacerse énfasis en que ésta clasificación representa formas de fumar y no tipos de fumadores. Cualquiera fumador puede participar de varios de estos tipos y no forzosamente de uno sólo. Particularmente el tipo adicto, automático y estimulante tienen tendencia a encontrarse juntos en un sólo fumador y representan un patrón adictivo-químico de tabaquismo (2,31,34).

Rasgos de personalidad del fumador: se han desarrollado diversos estudios tratando de determinar los rasgos--

de la personalidad del fumador. Una síntesis de éstos fué-- elaborada por Matarazzo y Saslow (1950) y Williams Dunn en - 1974, encontrando lo siguiente: mayor independencia, mayores tendencias antisociales, más activos o enérgicos, mayor promedio en las escalas de extroversión, mayor oralidad, pobre-salud mental, menos rígidos, ordenados y compulsivos, menos-emocionales, menos agradables, personalidad tipo A (competi-tivos, mayor tiempo concientes), menos fuerza de carácter,-- gran afinidad por el control externo más que por el interno,-- amantes del riesgo, mayores niveles de ansiedad. Como se pug de observar no existe un tipo característico de personalidad-del fumador (2).

Algunos autores han descrito una personalidad pre-toxicómana, cuyos individuos son inseguros, con poca toleran-cia a la frustración, dependientes afectivamente, carentes -de control interno e inmaduros en general (2,28).

Hay evidencia que los fumadores asiduos son más ex-trovertidos que los fumadores medianos y éstos lo son menos-que los exfumadores. Los no fumadores y los fumadores de pi-pa son menos extrovertidos (Eysenck 1963).

Los hombres fumadores son afectados usualmente en-sus sentimientos, tímidos e imaginativos, mientras que las--mujeres de ordinario son dogmáticas, tercas, directas y autg-suficientes (Shephard, Rode y Ross 1973).

En 1982 Mc Manus y Jane Weeks, mencionan como ras-go de personalidad características psicóticas al aplicar el-

cuestionario de personalidad (EPQ), poniendo en duda la hipótesis de Eysenck quien apoya como rasgo predominante del fumador la extroversión, por medio de la evaluación del cuestionario de personalidad (EP1) (23).

De acuerdo con lo expuesto se puede determinar la forma de fumar del sujeto y las situaciones que lo incitan a iniciar el hábito o a mantenerlo, así como sus rasgos de personalidad predominantes, catalogándolo inicialmente en adicto o no adicto, si se trata de éste último se podría substituir el hábito por otra actividad o por medios de plásticas educativas, se podría evitar la evolución hacia la adicción, si ésta ya se ha establecido se necesitará de medidas más enérgicas para disminuir su hábito, y de ser posible su abolición, que es el fin que persiguen las Clínicas de Tabaquismo, por medio de modelos educativos, conductuales, cognoscitivos, y el uso de la goma de mascar con nicotina (5).

PREVENCIÓN: Por lo tanto, nos enfrentamos a un grave problema de salud pública. En nuestro país la legislación contra el tabaquismo es mínima, ya que únicamente se "prohíbe la aparición de personas fumando en la publicidad por cine y televisión" y la obligación de advertir la peligrosidad para la salud del consumo de tabaco en cada cajetilla de cigarrillos. En octubre de 1990 se tomaron algunas medidas por nuestro gobierno, donde prohíben fumar en instituciones de salud, sitios cerrados o mal ventilados y en transportes públicos.

En Papúa, Nueva Guinea, una estrategia para disminuir el consumo del tabaco, fué elevar el nivel de impuestos a éste producto, obteniendo resultados favorable (13).

Nosotros como médicos familiares que actuamos en el primer nivel de atención, nos corresponde detectar a los pacientes con hábitotabáquico y detectar aquellos factores sociales que influyen en la población de jóvenes y mujeres para iniciar el hábito, favorecer la suspensión del hábito-- en las mujeres embarazadas, para evitar productos de bajo peso al nacer, disminuir la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en personas con tabaquismo pasivo (10,25). Y disminuir la morbilidad de los padecimientos que conlleva el tabaquismo.

Las mejores acciones para la prevención con las educativas que se deben realizar:

- directamente con los adultos en general
- específica en los niños
- a través de los medios de comunicación masiva
- a nivel de enseñanza profesional

JUSTIFICACION

Ante la evidencia del incremento del hábito tabáquico en nuestro país, ha resultado un mayor número de padecimientos en los que el tabaco es un factor contribuyente. Y nosotros como personal de salud en el primer nivel de atención, estamos obligados a identificar las causas que originan el hábito del tabaquismo.

Por tal situación se han formado Clínicas de Tabaquismo con el objeto de disminuir o erradicar el hábito, por medio de técnicas educativas, conductuales (autocontrol y --aversivas), cognoscitivas y farmacológicas (uso de la goma de mascar de nicotina) (4). Con resultados positivos en un 70% aproximado de su población estudiada, encontrando reincidencia en una tercera parte de aquellos que habían abandonado el hábito, atribuyéndolo a factores psicológicos y sociales como los motivos principales de la reincidencia (28).

Esto nos hace pensar que tal vez si se identificaran los factores psicosociales y personales del fumador, pudiéramos disminuir el hábito tabáquico, con la consecuente --disminución de las enfermedades producidas por el mismo.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas psicosociales que favorecen el inicio del hábito tabáquico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características personales en cuanto al -- consumo del tabaco, y los motivos que determinan el hábito - de acuerdo con los resultados que se obtengan del cuestionario formulado de acuerdo a la clasificación de Russell.
- Identificar los conocimientos que tiene la población con tabaquismo positivo, con respecto al daño que produce el tabaco en el organismo y los efectos nocivos en las personas con tabaquismo pasivo.

METODOLOGIA

Se plantea un estudio de tipo observacional y transversal. El estudio tiene como marco de referencia la Clínica Dr. Ignacio Chávez, perteneciendo al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Se realizará entre el 10. de junio al 30 de noviembre de 1990, teniendo como universo de trabajo una muestra no aleatoria de individuos obtenidos por cuota de las personas que acuden a la consulta externa y sean considerados en el estudio en base de los criterios de inclusión:

individuos fumadores

de ambos sexos

con edades comprendidas entre 15 y 65 años

que deseen cooperar

y los siguientes criterios de exclusión:

individuos no fumadores

fumadores pasivos

menores de 15 años y mayores de 65 años

que rehusen participar en el estudio

individuos que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión sean portadores de otras toxicomanías con repercusión en el aparato respiratorio (inhalantes, marihuana).

Se aplicará una encuesta única a los derechohabientes que se encuentren en las salas de espera de la clínica - ya mencionada, informándoseles previamente el motivo de la--

encuesta y solicitándoseles respuestas sinceras a aquellos - que acepten participar en el estudio. Los investigadores participantes estarán presentes en el momento que contesten el cuestionario, para aclaración de dudas y llenado adecuado -- del cuestionario, el cual será el test de Russell modificado por los investigadores participantes, previa prueba piloto-- con el 10% de la población estudiada.

El cuestionario consta de 44 preguntas, una ficha de identificación, un segundo apartado que evalúa la motivación inicial para el hábito tabáquico así como la intensidad del mismo de acuerdo al DSM III (leve: 1-10 cigarrillos, moderada 10-20 y severa :más de 20 cigarrillos al día) , tercero: se evalúan las características en base a la clasificac---ción de Russell y cuarto: preguntas para determinar los congcimientos del fumador sobre los efectos del tabaco en su organismo y en el de los fumadores pasivos (Anexo 1).

El test se evaluará mediante escala de Licker y - con estadística de tipo descriptivo. Si se encuentra que un individuo pertenece a 2 o 3 grupos de la clasificación, se - tomará en cuenta la pregunta no. 18 del segundo apartado, para determinar bajo qué situaciones fuma más y poderlo incluir en un sólo grupo.

El riesgo es mínimo, ya que no se realizará ninguna maniobra a los sujetos de la investigación y se mantendrá el anonimato de los encuestados.

RESULTADOS

Se estudió a un total de 300 sujetos que se sometieron a los criterios de inclusión y exclusión. Siendo 143 de los encuestados del sexo masculino (47.6%) y 157 pertenecieron al sexo femenino (52.4%) (cuadro 1).

La edad de los fumadores fué con un promedio de -- 36.5 años.

Al evaluar la escolaridad de los fumadores el 21% tenía un nivel básico o menos, el 50.4% un nivel medio de escolaridad (secundaria o preparatoria) y el 28.6% alcanzaron un nivel profesional (cuadro 2).

Al analizar el estado civil, el 68.3% estaba casado, el 22.4% eran solteros, el 7% vivía en unión libre y el - 2.3% eran viudos (cuadro 3).

La edad promedio de inicio del hábito tabáquico - fué de 18.1 años, teniendo un rango de 8-45 años de edad.

El cuadro 4, nos muestra los motivos de inicio del hábito tabáquico: curiosidad 44%, imitación 42%, por situaciones de estrés 10.3%, por placer o distracción el 2.6%.

En cuanto a la intensidad del hábito del tabaquismo, de acuerdo al DSM III, se analizó el consumo diario de - cigarrillos: leve en el 48% de los casos, moderado en el 20% y severo en un no. pequeño de casos (cuadro 5).

Se encontró que la gran mayoría de los fumadores, - el 70.6% han intentado dejar de fumar alguna vez, no consiguiéndolo y sólo 2 personas lograron disminuir su intensidad

de 20 cigarros al día, a 2-5 diarios.

El 49.3% de los sujetos refirieron fumar más intensamente bajo situaciones de estrés y el 37.6% describieron estados de ansiedad en el momento de la encuesta.

En base a la clasificación de Russell se obtuvieron las siguientes modalidades en el hábito tabáquico: 30.3% perteneció al grupo indulgente, el 18.3% al grupo sensorio-motor, encontrándose en último lugar con un 5.3% los pertenecientes al grupo adictivo. Se encontró que algunos sujetos por sus características pueden ser incluidos en 2 o más grupos, ésta ambivalencia se observó en 19 sujetos (6.3%), y como ya se mencionó, está descrito en la literatura (cuadro 6).

Al evaluar el conocimiento que tiene el fumador, en cuanto a las implicaciones de salud, se pudo observar que el promedio general (71.3%) conocían las principales implicaciones que el tabaco tiene sobre el organismo, cuadro 7.

DISCUSION

Nos encontramos ante un grave problema de salud, - en el cual se encuentra un gran número de investigaciones relacionadas con el daño orgánico que produce el tabaco, pero en el que existen pocas investigaciones en relación con los factores psicosociales y de la personalidad que favorecen el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico.

Con el propósito de disminuir la incidencia de tabaquismo en nuestro país se han establecido tres clínicas de tabaquismo en las que se han utilizado programas educativos, conductuales y cognoscitivos, observándose que de las personas que acudían a menos de 5 sesiones del programa, continuaban fumando igual o disminuían el consumo, pero posteriormente tomarlo con más intensidad, en los programas sólo alrededor del 70% dejan de fumar por completo, de los cuales reincide una tercera parte, atribuyéndose los a causas de tipo social, por ello es importante actuar a un nivel de prevención si se quiere disminuir el hábito, así como efectuar un mayor número de investigaciones que precisen la causa de inicio -- del hábito, principalmente las de tipo psicosocial y el tipo de personalidad del individuo que parecen influir en forma importante en ésta problemática (4).

En nuestro estudio encontramos que lo que difiere en relación con lo ya mencionado en la literatura, es que la proporción de fumadores es casi igual en ambos sexos, config

mando el hecho que las mujeres son un grupo de riesgo del -- incremento del hábito tabáquico, y en cuanto al grado de escolaridad se encontró un mayor porcentaje en el nivel educacional medio (secundaria y preparatoria), atribuyéndolo a -- que personas encuestadas corresponden a colonias periféricas en las que el nivel socioeconómico es bajo o medibajo. En cuanto al promedio de edad de inicio fué de 18 años, refiriéndolo en la literatura de los 11 a 20 años de edad, como la más frecuente. El mayor porcentaje fueron casados en el momento de la encuesta, lo cual favorece el tabaquismo pasivo, el motivo de inicio fué la curiosidad, favoreciendo de ésta manera a los miembros de la familia a que por curiosidad o imitación a los adultos, también inicien el hábito. La mayoría reporta un consumo leve, no existiendo discrepancia entre lo ya mencionado y lo reportado.

De acuerdo a la clasificación de Russell se encontró que el mayor porcentaje con el 30.3% correspondió al grupo indulgente, en el que el tabaquismo es leve a moderado fumando menos de 20 cigarrillos al día, son personas que fuman por placer en periodos de descanso y relajamiento, y con frecuencia lo asocian a té, café o alcohol para aumentar el placer en las reuniones sociales, en éste grupo no existe dependencia a la nicotina por lo que podría prevenirse o abolir el hábito substituyendo la gratificación obtenida por medio de otras actividades de acuerdo a las necesidades de cada individuo, técnicas de autocontrol, de reforzamiento ne-

gativo como lo son el mal aliento que produce el tabaco, el -
gasto económico que implica al fumador, pudiendo utilizar una
mejor calidad de vida, el daño que produce a las personas que
le rodean, dar a conocer por medio de plásticas educativas --
el tabaquismo ni cambia las características físicas, intelect-
tales ni favorece la sexualidad y mucho menos la existencia -
de una vida sana, con la cual muy frecuentemente se relaciona
en los medios publicitarios. Debido a que el mayor porcenta-
je tanto en nuestro estudio como en lo reportado por Russell,
sería importante tomar estas medidas en grupos de escolares y
adolescentes, en cuyos planteles de educación exista un equi-
pe, lo suficientemente preparado constituido primordialmente
por un psicólogo y un médico que les impartan clases dentro -
del ciclo escolar de cada grado, para concientizar a los jóve-
nes.

El segundo grupo lo ocupó el sensoriomotor con un -
18.3%, en los que existe un goce de sensaciones no farmacoló-
gicas: el uso de manipulaciones orales, manuales y respirato-
rias para procurarse placer. Consideramos que en éstos pacien-
tes podría cambiarse esta serie de gratificaciones por medio
de técnicas de relajamiento que le sean placenteras, substituy-
yendo a las obtenidas por el tabaco.

El tercer grupo correspondió al grupo estimulante, -
el que fuma para aumentar su capacidad, por la acción estimu-
lante de la nicotina. Consideramos que este grupo al igual --
que el de tipo automático y adictivo no pueden ser manejados-

en el primer nivel de atención, ya que son pacientes dependientes a la nicotina y deben ser manejados por terapeutas y psicólogos especializados (Clínicas de tabaquismo).

El quinto grupo lo ocupó el grupo psicosocial con 10.6%, en éste grupo las gratificaciones son psicosociales, predominando en éste grupo los adolescentes y ya mencionamos medidas preventivas en éste grupo de edad.

El sexto y séptimo lugar lo ocuparon el grupo sedante y el grupo adictivo respectivamente en baja proporción, en ellos. El grupo sedante lo utiliza para sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión y en ellos se pudieran aplicar técnicas de autocontrol y orientación para canalizar el manejo de la ansiedad y tensión. El grupo adictivo como ya mencionamos merece atención especializada.

El inicio del hábito de acuerdo a nuestro estudio fué por curiosidad e imitación, por lo tanto para disminuir el inicio del hábito y poder prevenirlo, no sólo es necesario un equipo de salud bien entrenado formado por médico, psicólogo y trabajadores sociales, sino por el apoyo gubernamental y medidas políticas como podría ser el incremento de los impuestos al tabaco, que ha dado resultados favorables en otros países (13).

Otra medida importante sería la restricción de los medios de publicidad, en los que no se da a conocer al público los daños que produce el tabaco. Un factor que favorece el inicio es la disponibilidad de los cigarrillos, la escasa

restricción de su consumo en lugares públicos y que el daño que produce en el organismo es a largo plazo.

Una parte importante de las acciones mencionadas no pueden ser aplicadas en las Unidades de Medicina Familiar a no ser de que se forme un grupo capacitado para efectuar dichas acciones, no obstante, se puede concientizar por medio de pláticas educativas a los escolares y adolescentes en actividades intra y extramuros, llegando así a uno de los grupos de mayor riesgo.

Otra de las acciones sería el efectuar una historia personal del hábito tabáquico en los pacientes fumadores y de acuerdo con el grupo que pertenezca según la clasificación de Russell, aplicar las acciones ya mencionadas si perteneciera al grupo no farmacológico, y si quedara incluido en el grupo dependiente de la nicotina canalizarlo a una Clínica de Tabaquismo.

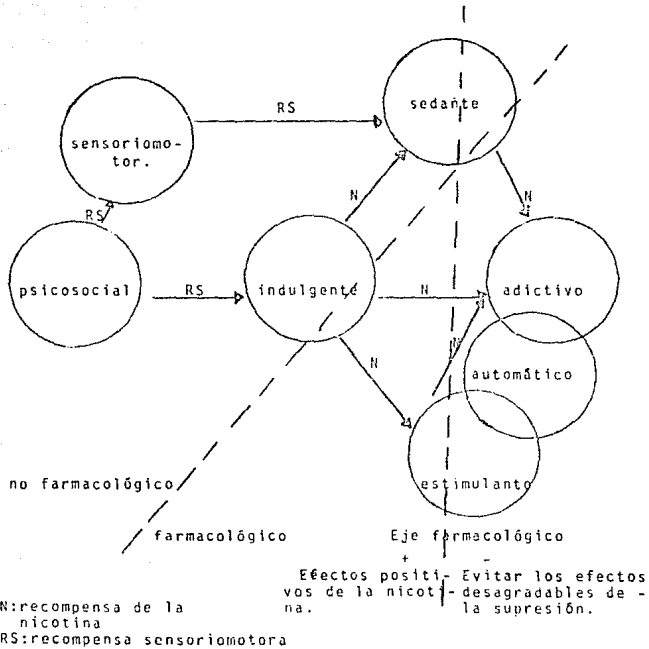
Es evidente que se requieren más estudios de investigación que determinen con precisión los factores socioculturales, económicos, psicosociales y de personalidad del individuo para tener un conocimiento global de los motivos que favorecen el inicio del hábito tabáquico y de ésta manera poder prevenirlo.

CONCLUSION

- La presente investigación no es representativa por las características del estudio, pero puede ser utilizada como antecedente para futuras investigaciones.
- El tabaquismo es un problema de salud importante por el daño que produce a largo plazo en los diferentes aparatos y sistemas del organismo, por lo que hay que tomar medidas para disminuir su incidencia.
- Entre los factores que favorecen el hábito tabáquico se encuentran el tipo de personalidad del individuo, predominando en ellos la extroversión, mencionándose en las últimas investigaciones rasgos psicóticos, lo cual no ha sido plenamente comprobado.
- En el inicio del hábito tabáquico influyen factores personales, que en el presente estudio son atribuidos a la curiosidad e imitación, los cuales son reforzados por conductos sociales.
- La perpetuidad del hábito tabáquico es multifactorial, incluyendo entre ellos las características de la personalidad del individuo y factores psicosociales, que de acuerdo con los resultados obtenidos, estos últimos tienen importancia relevante. Encontrándose el grupo por indulgencia (de acuerdo con la clasificación de Russell) con mayor porcentaje, en el que el hábito es placentero y se asocia a tomar té, café ó bebidas alcohólicas, y para aumentar el placer en reuniones sociales.
- Como médicos de primer nivel de atención debemos planear nuevos programas de educación para la salud, que sean aplicables a nivel individual en la consulta externa, y a los grupos de escolares, adolescentes y mujeres que son los grupos de mayor riesgo para contraer el hábito.

Incluir en la historia clínica, una historia personal del hábito tabáquico en los pacientes fumadores, si pertenece a los grupos en los que no existe de dependencia a la nicotina (clasificación de Russell) se ha manejado en el - primer nivel de atención, por un grupo multidisciplinario suficientemente ca pacitado, en los que exista dependencia a la nicotina se envíen a un nivel más especializado de atención como lo son las clínicas de tabaquismo.

ESQUEMA no. 1



Fuente: Russell (2).

CUADRO no. 1

RELACION DE SEXOS

Sexo	n	%
femenino	157	52.4
masculino	143	47.6
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 2

ESCOLARIDAD

Grado	n	%
primaria o menos	63	21
secundaria y pre- paratoria	150	50.4
profesional	86	28.6
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 3

ESTADO CIVIL

Estado Civil	n	%
solteros	67	22.2
casados	205	68.3
unión libre	21	7.0
viudos	7	2.3
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 4

MOTIVOS DE INICIO DEL HABITO TABAQUICO

Motivo de inicio	n	%
Curiosidad	132	44
Imitación	126	42
Estrés	31	10.3
Placer o distracción	8	2.6
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 5
CONSUMO DIARIO DE CIGARROS

consumo diario	n	%
1 - 5	138	48
5 - 10	96	32
11 - 20	60	20
21 - 30	3	1
más de 31	3	1
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 6
CLASIFICACION DE RUSSELL

Grupo	n	%
indulgente	91	30.3
sensoriomotor	55	18.3
estimulante	49	16.3
automático	37	12.3
psicosocial	32	10.6
sedante	20	6.6
adicto	16	5.3
Total	300	100.0%

Fuente: hoja de recolección de datos

CUADRO no. 7
IMPLICACIONES DE SALUD SOBRE TABAQUISMO
PREGUNTAS ACERTADAS

No. de pregunta	n	%
1	182	60.6
2	211	70.3
3	253	84.3
4	155	65
5	229	76.3

Porcentaje positivo promedio de 71.3%

Fuente: hoja de recolección de datos

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE TABAQUISMO. Fecha: _____

1. Nombre _____
 2. Edad _____ Sexo _____
 3. Registro Federal de Causantes: _____
 4. Dirección. _____
 5. Escolaridad. _____ Ocupación _____

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TACHE EL INCISO ADECUADO O
 COMPLEMENTE EN CASO NECESARIO.

6. ¿ Cuántos salarios mínimos obtiene al mes (uno-270 000)?
 a) 1-2 b) 3-4 c) 5 o más.
7. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Unión libre
 d) Viudo
 Edad del cónyuge y ocupación. _____
8. Número de hijos: _____ Edades de los mismos _____
 _____ ¿ Fuma alguno de sus hijos? _____
9. ¿ A qué edad comenzó Ud a fumar ? _____
10. ¿ Qué le motivó a hacerlo ? _____
11. Actualmente, ¿ cuántos cigarrillos fuma al día? _____
 ¿qué marca? _____ con filtro. _____ sin filtro. _____
12. Especifique ¿cómo acostumbra inhalar el humo?
 hasta la boca solamente. _____
 hasta el fondo de la garganta. _____
 acostumbra "darle el golpe" _____
13. ¿Cuántas fumadas acostumbra a dar a cada cigarrillo? _____
14. ¿Ha intentado dejar de fumar? Sí _____ No _____
 ¿cuantas veces? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____
 ¿ Necesitó algún tipo de ayuda especializada? _____
15. Durante el último año, ¿ ha presentado enfermedades im-
 portantes como son: trastornos cardíacos, falta de aire,
 tos, flemas, etc.? Sí _____ No _____
 Especifique en caso de ser afirmativo: _____

16. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?
Sf _____ No _____
17. ¿Cómo es su apetito? Malo _____ Regular _____
Bueno. _____
18. ¿Bajo que situaciones fuma usted más? En la casa _____
Trabajo _____ Descansando _____ en reuniones sociales _____
bajo algún estado de tensión nerviosa. _____
19. ¿Ha presentado estados de ansiedad o angustia últimamente? Sf _____ No. _____
¿Con qué frecuencia? _____
¿Cómo la controla? _____

RESPONDA CON UNA X, LA RESPUESTA MAS CERCADA A LA REALIDAD:

1. Inició a fumar por imitar a los adultos: Sf _____ No _____
2. Inició a fumar por parecer intelectual: Sf _____ No _____
3. Considera que el fumar lo hace más varonil: Sf _____ No _____
4. El tener el cigarro en los dedos, le es placentero? Sf _____ No _____
5. Mantener el cigarro en la mano, y lo fuma poco: Sf _____ No _____
6. Fuma usted cuando está descansando? Sf _____ No _____
7. Cuando fuma, toma Ud café o bebidas alcohólicas? Sf _____ No _____
8. Disfruta Ud el fumarse un cigarro, cuando está en reposo Sf _____ No _____
9. Cuando está elaborando un trabajo, fuma Ud más Sf _____ No _____
10. Fuma usted para mantener ocupadas sus manos? Sf _____ No _____
11. Fuma Ud para adelgazar o para no aumentar de peso? Sf _____ No _____
12. Fuma Ud. para disminuir su ansiedad? Sf _____ No _____
13. Fuma Ud. cuando está trabajando, para pensar mejor o para disminuir su fatiga? Sf _____ No _____
14. Cuando necesita estar despierto, fuma Ud. para evitar dormirse?
Sf _____ No _____
15. Acostumbra fumar en la cama, para conciliar el sueño? Sf _____ No _____
16. Cuando deja de fumar, siente Ud. que le hace falta el cigarro?
Sf _____ No _____
17. Evita consultar al médico si tiene alguna enfermedad producida por el tabaco? Sf _____ No _____

18. Se dá Ud. cuenta, cuántos cigarrillos fuma durante el día?
 Sí _____ No. _____
19. Prende un cigarrillo automáticamente sin pensar en hacerlo?
 Sí _____ No _____
20. A pesar de tener probablemente respiratorios (tos, resequead en la garganta), sigue Ud. fumando Sí _____ No _____

CONTESTE CON UNA (F) CUANDO LA RESPUESTA LA CONSIDERA FALSA, CON UNA _
 Y CUANDO CONSIDERE QUE LA RESPUESTA ES VERDADERA Y SI DESCONOCE LA RES-
 PUESTA CONTESTE NO SE.

1. Los hijos de madres fumadoras, pesan menos al nacer que los hijos de las madres que no fuman? _____
2. Los hijos de padres fumadores tienen más frecuentemente enfermedades de aparato respiratorio, que los hijos de padres no fumadores: _____
3. Las personas que fuman, desarrollan cáncer de pulmón, vejiga, boca y laringe? _____
4. Las esposas de hombres fumadores, tienen más riesgo de cáncer de pulmón, que las esposas de los no fumadores? _____
5. El humo del cigarro afecta sólo a la persona que lo inhala directamente, sin afectar a las personas que lo rodean en el momento en que está fumando? _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Análisis de la Problemática relacionada con el hábito ta tabáquico boletín de la O.M.S. 1982 primera parte:7-45.
- 2.-Aragaeñ R. Tabaquismo: Tests recepcional de la Especialidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría y Salud Mental U.N.A.M. México 1981.
- 3.-Ball Kechh. El tabaquismo:Epidemia mortal. Tabaco o --- salud. O.M.S.;1986 7:331-350.
- 4.-Balzaretti G M ; Programas terapéuticos para el abandono del hábito tabáquico, Salud Mental A 2962; pag.239-252.
- 5.-Bamon Karl E. On the measurements of tabacco use by adolescents. Am J Epidemiol. 1988; 130 2: 327-337.
- 6.-Bol. of Sanit Panam. El hábito de fumar de los padres a--fecta a los hijos. 1987; 102 5:503-504.
- 7.-Bol. of SanitPanam. Como ayudar a los fumadores a dejar el hábito. 1988; 104 3:274.
- 8.-Borland Ron, Champñ Simon. Effects of workplace smoking-bans on cigarette consumption. Am J Public Health Feb -- 1990; 80 2:178-180.
- 9.-Boy D.Gayle M, Galver E D . Smokless tabacco use by ---- young in the US . J Sch Health May 1989; 59 5: 189-194.
- 10.-Brown Richard, Pinkerton Ronld. Respiratory injections-in smoker. AFP November 1987; 36 5: 133-140.
- 11.-Buckner John C. Risk factors for depressive symptomatology in a drug using population. Am J Public Health May -- 1990; 80 5: 580-585.
- 12.-Chapman Simon. The dying trade. IOCU. September 1985; 7-73.
- 13.-Chapman S, PhD, Richardson J. Tobacco excise and decli--ning tobacco consumption:The case of Fpapua New Guinea.- Am J. Public Health 1990; 80: 537-540.
- 14.-Chesebro MPassive smoking. AFP May 1988; 37 5:212-218.
- 15.-Clark R. Cigarette smoking in social interaction. The international J of the Addictions 1978; 13 2:257-269.

- 16.-Coghlin J, Hamond S K . Development of epidemiologic --- tools for measuring environmental tobacco smoke exposure- Am J Epidemiol 1989; 130 4: 696-704.
- 17.-Davis R M , Boy G M. Common courtesy on the elimination- of passive smoking. JAMA April 1990;263 16:2208-2210.
- 18.-De Restrepo H E, Pelayo C. Relación del tabaquismo con - cánceres de vías respiratorias, digestivas y urinarias,- estudio de casos y testigos. Bol of Sanit Panam 1988;105 3: 221-230.
- 19.-Eysenck HJ. A note on smoking, personality and reasons for smoking. Psychological Medicine 1983; 13:447-448.
- 20.-Forbes WP, Thomason HE. La economía tabaquera. Salud --- Mundial Abril 1980; 10-17.
- 21.-Lara CA, Balzaretto GM. Opiniones, actitudes y consumo - de tabaco en una Institución de salud Pública. Salud PÚblica en México 1984;26: 122-129.
- 22.-Lara CA, Programa conductual para el manejo del tabaquismo. Salud Mental A 2964: 93-97.
- 23.-Mannus IC, Weeks JS. Smoking, personality and reasons for smoking: A reply to Eysenck. Psychological Medicine, 1983 13:895-896.
- 24.-Mannus IC. Smoking, personality and reasons for smoking- A reply to Eysenck. Psychological Medicine 1982; 12:349-356.
- 25.-Musk AW, Shean RE. Passive smoking and health. Am J. of Australia. January 1988; 148:27-28.
- 26.-Pentz MA, Mackinnon DP. Primary prevention of chronic diseases in adolescence: effects of the midwestern prevention project on tobacco use. Am J Epidemiol 1989; 130:--713-724.
- 27.-Persson PG, Norell SE. Retrospective versus original information on cigarette smoking: implications for epidemology studies . Am J Epidemiol 1989; 130:705-712.
- 28.-Puente SF .Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo conductual. Salud Mental - 1964;7 :62-68.

- 29.-Puente Silva Federico. Tabaquismo en México. Bol. of --- Sanit. Panam. 1986; 101:3: 234-246.
30. Puente Silva Federico. 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, A2963: 225-227.
- 31.-Rubio Menterverde Horacio, Gutiérrez de Velasco Carmen.- Tabaquismo. Folleto de patología respiratoria. Nov. 1988 3,13-29.
- 32.-Shiffman Saul, Fischer Lynn E., Nicotine exposure among non dependent smokers. Arch. Gen Psychiatry. April 1990 47;333-336.
- 33.-Tapia Conroy Roberto y cols. El consumo de tabaco en México: resultados de la encuesta nacional de salud. Epidemiología. Marzo 1989; 4:3:33-39.
- 34.-Tapia Juayek Rodolfo. Tabaquismo. Salud Pública de México. Nov-Dic. 1980; 22:6:601-615.
- 35.-Williams CJ. Preventing lung cancer. British Med. J. December de 1987; 295:1433-1434.
- 36.-Wynder EL. Tabacco and Health: a review of the history - and suggestions for public health policy. Public Health- Reports. Jan-Feb 1988; 103:1:8-18.