

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PERFIL DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN
PERSONAS QUE CONSUMEN TABACO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALVARADO SANDOVAL ALMA ROSA

VERA GRESS KARINA

**DIRECTOR: LIC. YOLANDA OLGUÍN
GARCÍA**

**REVISOR: DRA. CLAUDETTE DUDET
LIONS**

**ASESORA: LIC. MARIA DE LOURDES
MONRROY TELLO**



**Facultad
de Psicología**

2008



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y a la Facultad de Psicología por ser una institución autónoma que nos brinda la oportunidad de desarrollarnos profesionalmente.

A la Lic. Yolanda Olgún a la Dra. Claudette Dudet y a la Lic. Ma. De Lourdes Monroy Tello, Dr. Federico Puente, Dr. Horacio Quiroga, Lic. Alma Mireia Arce Coria por su apoyo y confianza en este trabajo.

Al Hospital General de México por abrirnos las puertas de su institución para poder llevar a cabo este trabajo de investigación.

A todo el personal de la Clínica Contra el Tabaquismo y a la Lic. Angélica Ocampo, que nos brinda todas las facilidades y total apoyo.

A nuestras familias, padres y hermanos por confiar y creer incondicionalmente en nosotras sin poner límites a nuestros sueños y metas, sin su apoyo no hubiera sido posible llegar al lugar en donde nos encontramos ahora.

A Blanca, Yazmín y Caro que nos acompañaron en esta ardua tarea y que siempre nos aportaron su conocimiento sobre el tema, su valiosa amistad, cariño y compañía.

A Beto, Lucero y Ethel por que la vida unió nuestros caminos y se volvió uno solo, el cual recorreremos todos juntos como hermanos. Gracias por estar a nuestro lado y ser parte los momentos felices de la vida, así como ser nuestros soportes en los tiempos más tristes, sabemos y confiamos que perdurará así por siempre.

Y a todos los amig@s que encontramos y que dejamos en el camino a los cuales por circunstancias de la vida nos hemos alejado, están presentes en nuestro corazón.

Agradezco a Alma Alvarado, por ser mi amiga, mi compañera, mi confidente, mi hermana; se que en este trabajo has puesto todo tu esfuerzo, dedicación y empeño, se que hubo momentos de desaliento, de tristeza profunda en los que habrás pensado dejar todo de lado sin embargo tu valor y entereza te impulso a seguir adelante, GRACIAS. Karina Vera

Agradezco a Karina Vera, por ser una gran amiga y más que eso una hermana, por ser una persona tan valiosa en mi vida, por estar en los momentos difíciles brindándome tu apoyo incondicional, y permitirme conocer tus fantasmas en todo este tiempo. Gracias por poner todo su esfuerzo y dedicación constante en este trabajo sin el cual no se hubiera podido llevar a cabo, a pesar de que fue arduo el camino el resultado fue muy satisfactorio. Por eso y muchas cosas GRACIAS. Alma Alvarado

A todos y cada uno de ustedes infinitamente

iiiiiiGRACIAS!!!!!!

Dedicatorias

Dedico este trabajo a mi familia que me apoyo en este proyecto tan intenso, solo con la comprensión de mis padres y de mis hermanas he podido verlo terminado. Este trabajo es para ustedes que solo han sabido darme amor, por esto gracias.

Se lo dedico a mi padre que con su valioso ejemplo me ha mostrado que trabajando honestamente siempre conseguirás todo lo que te propongas, también le dedico este trabajo a mi madre que me ha enseñado que el amor y el cariño se devuelven con mas amor y con mas cariño. A Mary y a Yessi que son mis grandes compañeras de vida, no concibo un día sin ustedes, las amo mucho.

Y también dedico esta tesis a Dios que me ha mostrado su presencia en cada respiración, en cada paso y en cada mirada y por esto gracias Dios por acompañarme en este trayecto.

Karina Vera Gress

Dedicatorias.

A Dios.

Por acompañarme en este camino y haberme permitido llegar hasta este punto y mostrarme el camino para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi padre.

Esta tesis esta especialmente dedicada a tu memoria, ya que a pesar de no poder verla terminada siempre estuviste interesado en ella, aquí esta el resultado de todo el esfuerzo realizado. Gracias por el ejemplo que me diste, por el valor mostrado para salir adelante tu apoyo a pesar de todo y sobre todo por tu amor. ¡Gracias papa, siempre vivirás en nuestro corazón y nuestro recuerdo!

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos que tomare en cuenta, por la motivación que me ha dado siempre, su tiempo y su paciencia pero más que nada, por su infinito amor. ¡Gracias mama!

A mi familia.

Mis hermanos Arturo, Armando y José y a J. Armando ya que eres como un hermano por haberme apoyado en todo el tiempo que llevo en este proyecto, ya que sin su apoyo esta investigación habría sido difícil esta tarea a mis sobrinas que a través de ellas veo otras opciones en la vida y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes, por darme la oportunidad de crecer y ser otra persona!

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su tiempo y dedicación así como por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional. Y por enseñarnos a ser profesionales de gran nivel.

A mis amigos.

Que me han apoyado en los momentos más difíciles así como los más alegres y que a pesar de todo seguimos creciendo juntos. En especial a Karina ya que sin ella este trabajo no seria posible. Gracias a todos por hacerme cada día alguien diferente y compartir mi vida con ustedes.

*A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y en especial a la **Facultad de Psicología** por ser parte de este gran centro de enseñanza.*

Alma Alvarado Sandoval.

ÍNDICE

RESUMEN	3
CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.1 HISTORIA DEL TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1 SALUD PÚBLICA	Erreur ! Signet non défini.
1.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES VERSIÓN CUARTA (DSM-IV).....	Erreur ! Signet non défini.
1.2.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA.....	Erreur ! Signet non défini.
1.2.2.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE NICOTINA	Erreur ! Signet non défini.
1.2.3 ADICCIÓN AL TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.2.4 DEPENDENCIA FÍSICA	Erreur ! Signet non défini.
1.2.5 DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	Erreur ! Signet non défini.
1.3 SUSTANCIAS DAÑINAS PRESENTES EN EL TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.3.1 NICOTINA.....	Erreur ! Signet non défini.
1.3.1.1 ACCIÓN CEREBRAL DE LA NICOTINA.....	Erreur ! Signet non défini.
1.3.2 ALQUITRÁN	Erreur ! Signet non défini.
1.3.3 MONÓXIDO DE CARBONO.....	Erreur ! Signet non défini.
1.4 DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS AL CONSUMO DE TABACO. ...	Erreur ! Signet non défini.
1.4.1 NIVEL RESPIRATORIO	Erreur ! Signet non défini.
1.4.1.1 BRONQUITIS CRÓNICA	Erreur ! Signet non défini.
1.4.1.2 ENFISEMA PULMONAR.....	Erreur ! Signet non défini.
1.4.1.3 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	Erreur ! Signet non défini.
1.4.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Erreur ! Signet non défini.
1.4.3 NIVEL DEL APARATO DIGESTIVO.....	Erreur ! Signet non défini.
1.4.4 A NIVEL GENERAL.....	Erreur ! Signet non défini.
1.4.5 CÁNCER RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
1.4.6 AFECCIONES EN LAS MUJERES.....	Erreur ! Signet non défini.
1.4.7 AFECCIONES EN LOS HOMBRES	Erreur ! Signet non défini.
1.4.8 OTROS EFECTOS DAÑINOS POR EL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
2.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
2.2 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
2.2.1 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2 TEORÍAS DE LOS RASGOS.....	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2.1 TEORÍA DE LOS RASGOS DE GORDON W. ALLPORT.....	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2.2 LA PSICOLOGIA DEL RASGO DE RAYMOND B. CATTELL..	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2.3 LA PSICOLOGÍA DEL RASGO DE HANS J. EYSENCK	Erreur ! Signet non défini.
2.2.3 MEDICIÓN DE LA PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
2.3 LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.

2.3.1 PERSONALIDAD ADICTIVA, TRASTORNOS RELACIONADOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	Erreur ! Signet non défini.
CONSUMO DE TABACO Y PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
3.1 ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DEL TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.2 TEORÍA GENÉTICA DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.2.1 GENES ASOCIADOS A LA PREDISPOSICIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.3 TEORÍA ECONÓMICA DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.4 TEORÍA SOCIO- CULTURAL DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.5 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.5.1 PSICODINÁMICA.....	Erreur ! Signet non défini.
3.5.2 PSICOANÁLISIS	Erreur ! Signet non défini.
3.5.3 FAMILIAS ADICTIVAS	Erreur ! Signet non défini.
3.5.4 COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	Erreur ! Signet non défini.
3.5.5 HUMANISTA-EXISTENCIAL	Erreur ! Signet non défini.
3.6 PERSONALIDAD Y CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.6.1 COMORBILIDAD PSIQUIATRICA Y CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
3.6.2 ESTUDIOS SOBRE CONSUMO DE TABACO Y PERSONALIDAD	Erreur ! Signet non défini.
MÉTODO	Erreur ! Signet non défini.
4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	Erreur ! Signet non défini.
4.2 OBJETIVOS	Erreur ! Signet non défini.
4.3 HIPÓTESIS	Erreur ! Signet non défini.
4.4 VARIABLES.....	Erreur ! Signet non défini.
4.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	Erreur ! Signet non défini.
4.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	Erreur ! Signet non défini.
4.7 SUJETOS	Erreur ! Signet non défini.
4.8 MUESTREO	Erreur ! Signet non défini.
4.9 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Erreur ! Signet non défini.
4.10 INSTRUMENTO(S) Y/O MATERIAL(ES).....	Erreur ! Signet non défini.
4.11 PROCEDIMIENTO	Erreur ! Signet non défini.
4.12 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR DE RUSSELL.....	Erreur ! Signet non défini.
RESULTADOS DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA II (MMPI II)	Erreur ! Signet non défini.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	Erreur ! Signet non défini.
INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
DEPRESIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO.....	Erreur ! Signet non défini.
ANSIEDAD EN EL CONSUMO DE TABACO	Erreur ! Signet non défini.
CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR.....	Erreur ! Signet non défini.
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA II (MMPI II)	Erreur ! Signet non défini.
CONCLUSIONES	Erreur ! Signet non défini.
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	Erreur ! Signet non défini.
PROPUESTA TERAPÉUTICA.....	Erreur ! Signet non défini.

REFERENCIAS	Erreur ! Signet non défini.
ANEXO 1.....	Erreur ! Signet non défini.
ANEXO 2.....	Erreur ! Signet non défini.
ANEXO 3.....	Erreur ! Signet non défini.
ANEXO 4.....	Erreur ! Signet non défini.

RESUMEN

Hoy en día el consumo de tabaco es un importante problema de salud, social y económico a nivel mundial y a través de diversos estudios (Eysenck, 1960, 1963, 1965, 1967, 1973; Cattell y Krug, 1967; Smith, 1969; Rode y Shephard, 1971; Coan, 1973; Stacker y Bartmann, 1977; Malcolm y Shephard, 1978; Powell et al., 1979) se ha visto que las personas que consumen tabaco comparten rasgos característicos de la personalidad que impactan en la calidad de vida que tiene esta población. La presente investigación tuvo por objetivo establecer si existe un perfil de personalidad en personas que consumen tabaco que asistieron a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México. Esto se llevó a cabo mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell pruebas que son aplicadas en la Clínica. Además se considero importante la inclusión de una nueva prueba, que fue el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI II para obtener más elementos al establecer un perfil de personalidad. Los resultados obtenidos nos demuestran a una población ansiosa, depresiva, con un pobre manejo de las emociones, así como en su capacidad de resolver los problemas que se les presentan en la vida cotidiana, lo que hace que tengan una autoestima baja y que no puedan hacerse responsables de las acciones que toman,

culpando al medio que les rodea de las cosas que les falta, sin darse cuenta que son ellos mismos quienes no se satisfacen con lo que hacen.

CONSUMO DE TABACO

1.1 HISTORIA DEL TABACO

Tabaco es el nombre común de dos plantas de la familia de las Solanáceas cultivadas por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapé. La especie mas cultivada alcanza entre 1 y 3 metros de altura y produce de 10 a 20 hojas anchas alternas que brotan de un tallo central. Es una planta originaria de América, fue utilizada por los indios amazónicos dentro de un contexto cultural con fines mágico-religiosos y curativos. El tabaco tiene su origen en las tierras de la Cultura Maya los cuales llevaron el tabaco por Chiapas, Campeche, Yucatán, Guatemala y Honduras, incluyendo las islas del Caribe, como lo son Cuba, República Dominicana, Jamaica etc. (Matesanz, 2005)

Con el descubrimiento de América sale de ese contexto, extendiendo su uso por toda España y posteriormente en el resto de Europa. Su consumo en un principio, fue privilegio de las clases sociales más elevadas por su alto precio y se le atribuyeron extraordinarias propiedades terapéuticas. Posteriormente en España, la inquisición prohibió el uso de éste por considerarlo una práctica bárbara ya que provenía de una cultura indígena del Nuevo Mundo y en Turquía, su uso estaba penado con la decapitación. (Matesanz, 2005)

Se extendió por todo el mundo, se introdujo el tabaco en Francia gracias al embajador Jean Nicot (quien acabara dándole el nombre a la Nicotina) ya que la Reina Catalina de Médicis sufría fuertes jaquecas, dicho embajador le recomendó que tomara tabaco aspirándolo por la nariz, los dolores desaparecieron y el rumor hizo que el tabaco, como remedio curativo, se extendiera por toda Francia y el resto de Europa, en Inglaterra lo introdujo Sir. Walter Raleigh, y en EUA la costumbre empezó después de la Guerra Civil en 1765. (Matesanz, 2005)

En 1761 el botánico inglés John Hill, presenta las primeras advertencias sobre la peligrosidad del tabaco, al comprobar el aumento alarmante de cánceres de nariz entre quienes tomaban tabaco en polvo o rapé, nadie le hizo caso, hasta un siglo después (en 1861), en la facultad de Medicina de Montpellier, cuando aparece la primera tesis sobre los estragos del tabaco en la salud.

La primera víctima reconocida por el tabaco tuvo que ver con un sonado proceso judicial relacionado con la nicotina, sustancia descubierta a mediados del siglo XIX por un científico llamado Stass, ya que en 1851 el matrimonio belga Bocarmé enveneno al hermano de la esposa, el detective, M. Stras, descubrió que el causante del envenenamiento había sido un alcaloide llamado Nicotina, se averiguó que el asesino había trabajado en la extracción de esa sustancia, tan venenosa que los indígenas americanos la habían empleado para envenenar con ella sus flechas; lo que despertó la curiosidad de la sociedad medica acerca de los efectos del tabaco en la salud. Aquel mismo año la Academia de Medicina de Francia confirmó que las sustancias contenidas en el tabaco eran un veneno (Matesanz, 2005)

En 1952 Doll y Hill probaron la relación del tabaco con el cáncer de pulmón, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, las consecuencias en el feto, etc. En 1956 la Organización Mundial de la Salud declara por vez primera que el tabaquismo es la primera causa prevenible de muerte precoz.

El 1962, un informe del Real Colegio de Médicos de Londres expone una mayor tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los fumadores de cigarros. El 1964 aparece el informe Terry (encargado por J. F. Kennedy) donde se pone de manifiesto que la mortalidad general es en los fumadores casi el doble que en los no fumadores (Matesanz, 2005)

El 1965 el Congreso de los EUA aprueba una ley que obliga a los fabricantes de cigarros imprimir una advertencia sobre su influencia negativa en la salud. El 1967 se celebra en New York la Primera Conferencia Mundial sobre el tema Tabaco y Salud. El 1971 se prohíbe hacer publicidad de tabaco en la

televisión. El 1978 aparecen en España las primeras leyes sobre la publicidad del tabaco y la información que ha de figurar en las cajas de cigarrillos. En 1988 se celebra por primera vez el Día Mundial sin tabaco, con el lema: Tabaco o Salud.

En México, la producción de tabaco ha sido considerada como un elemento importante para la historia y economía del país. En 1986, ocupábamos el decimotercero lugar entre los países exportadores de tabaco, en los últimos años el consumo de tabaco ha mantenido una tasa de crecimiento anual del 20% (Matesanz, 2005)

1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO

El total de fumadores en el mundo se estima en más de 1 500 millones de personas, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años, de este total más de 200 millones son mujeres (Organización Mundial de Salud, 1997) y si las tendencias actuales no se revierten, en el 2025, serán más de 1.600.000.000 (Rhose, 1996).

Durante la segunda mitad del siglo XX, el tabaquismo aumentó en forma constante y alarmante a nivel mundial, y las repercusiones físicas generadas por el mismo se constituyeron en la principal causa de muerte, anticipada y evitable en el mundo (Goodman, y Gilman, 1996).

Se calcula que en el año 2020 se producirán 10 millones de muertes por el consumo de tabaco, que ocurrirán en los individuos que fuman actualmente y 70% serán habitantes de los llamados países en vías de desarrollo (Murria y López, 1997).

La tendencia del consumo de tabaco en Estados Unidos y Canadá ha ido en descenso paulatinamente en los últimos 10 años. Por el contrario, en países del Centro y Sudamérica el consumo ha ido en aumento. En el continente Americano, cerca de la tercera parte reporta tener consumo cotidiano de tabaco. En los países del sur se observan los consumos más elevados con cierta tendencia a la estabilización, los países andinos ocupan el

segundo lugar y también se observa dicha estabilidad, mientras que los países de América Central y El Caribe reportan los índices más bajos de consumo de tabaco. México presenta un índice de consumo similar al de la región andina, pero con una tendencia a incrementar su consumo (Valdés-Salgado, Hernández y Sepúlveda, 2002). En las mujeres, generalmente el consumo es inferior que en el caso de los hombres, pero observaciones recientes como la de Valdés-Salgado et al. (2002), muestran una tendencia al incremento del consumo de tabaco, particularmente de las adolescentes, lo cual se adjudica a la labor publicitaria de las tabacaleras al presentar el cigarrillo como un icono de independencia, glamour, que ayuda a cuidar el peso corporal y en general, como un rasgo de modernidad y estilo de vida de una sociedad desarrollada.

Los cuatro países latinoamericanos que registran valores por encima de 20% en el consumo de las mujeres son Argentina 34%, Brasil 29,3%, Cuba 26.3% y Colombia 21%. Otros como Chile 18.3%, Bolivia 18.1% y México 16.3%, están cercanos a esa cifra y el resto de los países del área tienen valores inferiores a los descritos (Valdés-Salgado et al., 2002).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2002, se menciona que hay cerca de 16 millones de fumadores activos; 13'958,232 en la población urbana y 2'408,340 en la población rural, (ENA, 2002).

La prevalencia de hombres y mujeres en estos datos varía, ya que en la población urbana más de 9 millones de hombres (39.1%) fuman, mientras que más de 4 millones (16.1%) de mujeres lo hacen. En el caso de la población rural, más de 2 millones (27.1%) de hombres fuman y tan solo 365, 230 mujeres son fumadoras, representando un 3.5% de la población. En el grupo de los exfumadores de la población urbana, la prevalencia entre los hombres sobrepasa la de las mujeres: en los varones es de 23%, lo que equivale a más de 5 millones que han abandonado esta conducta (5'453,417), mientras que en las mujeres la prevalencia es de 14.3%, lo que en números absolutos corresponde a 4'164,690. En la población rural, las diferencias por sexo son más evidentes, pues el 24.8% son exfumadores, lo que equivale a 1'906,563,

mientras que en las mujeres solamente 630,562 (6.9%) pertenecen a esta categoría.

Debido a la importancia del inicio del tabaquismo a edad temprana como riesgo para consumir otro tipo de drogas como el alcohol, marihuana o cocaína, entre otras, la ENA 2002 hace referencia a la prevalencia de fumadores en el grupo de adolescentes de 12 a 17 años, la cual es de 10.1% en áreas urbanas lo que equivale a casi un millón de individuos, con una mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%), es decir, se identifican 3 fumadores varones por cada mujer.

En México, en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarros en fumadores que lo hacen a diario, 64% fuma de 1 a 5 cigarrillos, el 19% consume de 6 a 10 y 6.3% más de una cajetilla diaria. En la población rural, más de la mitad consume de 1 a 5 cigarros (52.6%), seguido de quienes consumen de 6 a 10 (26.5%), y 9.1% más de veinte cigarros diarios (ENA, 2002). En la Campaña Mundial sin Tabaco del 2004, el Consejo Nacional contra las Adicciones, clasificó el consumo diario de cigarros en un consumo leve: menos de 5 cigarros; un consumo moderado: 6 a 15 cigarros y un consumo severo: 16 o más cigarros (Consejo Nacional de Adicciones, 2004).

1.2.1 SALUD PÚBLICA

En la actualidad, el consumo de tabaco es un problema de salud pública en los países desarrollados, y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera, degradando la calidad de vida de quienes consumen tabaco, la problemática surge a partir de la prevalencia del consumo de tabaco y la morbi-mortalidad que presenta el grupo de gente que fuma (CONADIC, 2004).

El tabaquismo es una “epidemia” de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión (OMS, 1997).

Actualmente el tabaquismo es uno de los retos de salud pública más importante en América ya que se encuentra asociado con al menos 845 000 defunciones por año (Valdes-Salgado et al., 2002).

Alrededor de 400 millones de personas en el mundo sufrieron algún trastorno mental, neurológico o algún problema psicosocial relacionado con el consumo de drogas, incluidos el alcohol y el tabaco (OMS y World Health Organization, 2000).

Debido a que la combustión incompleta del tabaco genera alrededor de 4500 sustancias tóxicas, de las cuales al menos 55 son productoras de cáncer, el tabaquismo se ha asociado a más de 25 enfermedades (Wyser, 1997).

Uno de cada dos fumadores que comienzan a fumar en edad temprana y continúan haciéndolo durante toda su vida y probablemente morirán por una enfermedad relacionada con el tabaco, probablemente a mediana edad, perdiendo alrededor de 22 años de esperanza de vida (OMS, 1997). Es por esto que al tabaquismo se le considera actualmente como una de las principales causas evitables de discapacidad, enfermedad y muerte prematura. En México, diariamente fallecen 147 mexicanos por esta causa.

1.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES VERSIÓN CUARTA (DSM-IV)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales Versión Cuarta (DSM-IV) considera un apartado para los trastornos relacionados con nicotina en los que incluye:

✓ **TRASTORNO POR CONSUMO DE NICOTINA**

F17.2 Dependencia de nicotina [305.10]

✓ **TRASTORNOS INDUCIDOS POR NICOTINA**

F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0]

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado [292.9]

1.2.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Se requieren por lo menos 3 de los 7 criterios para ser considerado dependiente.

1. Tolerancia: manifestada por la necesidad de aumentar las dosis consumidas para lograr intoxicarse, es decir, una disminución del efecto deseado cuando se consume una dosis constante.
2. Síndrome de abstinencia.
3. Fumar más, o más tiempo del previsto.
4. Deseo persistente de fumar e intentos fallidos de disminución o control del consumo.
5. Emplear mucho tiempo fumando o tratando de obtener tabaco.
6. Abandonar o reducir sus actividades sociales, profesionales o de recreo a causa del tabaco.
7. Continuar fumando a pesar de conocer las consecuencias negativas para la salud.

Especificaciones

Se aplican las siguientes especificaciones al Diagnóstico de F17.2 Dependencia a la Nicotina y se codifican en el quinto dígito.

- 0 Remisión total temprana / remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida / remisión parcial sostenida
- 2 En terapéutica con agonistas
- 1 En medio controlado
- 4 Leve / moderado / grave

Especificar sí:

Con dependencia fisiológica

Sin dependencia fisiológica

1.2.2.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE NICOTINA

- A.** Consumo diario de nicotina durante varias semanas como mínimo.
- B.** Abrupta interrupción del consumo de nicotina o reducción de la cantidad de nicotina consumida seguida, durante las primeras 24 horas, de cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
1. Disforia o depresión
 2. Insomnio
 3. Irritabilidad, frustración o enfado
 4. Ansiedad
 5. Dificultad para concentrarse
 6. Desasosiego
 7. Bradicardia
 8. Incremento del apetito o aumento de peso
- C.** Los síntomas del Criterio B causan molestias o alteraciones clínicamente significativas en las áreas social, laboral u otras importantes áreas de funcionamiento.
- D.** Estos síntomas no son debidos a otro problema médico del paciente ni tampoco responden a otra enfermedad psíquica.

Rasgos asociados:

- Deseo imperioso de nicotina
- Deseo de comer dulces
- Rendimiento menor en tareas que requieren atención
- Disminución de la frecuencia de las ondas del EEG
- Disminución de los niveles de catecolaminas y cortisol
- Reducción del metabolismo de algunos medicamentos y otras sustancias

1.2.3 ADICCIÓN AL TABACO

El consumo de tabaco es considerado una adicción, que se caracteriza por la búsqueda o uso repetitivo y compulsivo de la sustancia adictiva, que en este caso es la Nicotina, esto independientemente de sus consecuencias perjudiciales (“Tabaquismo”, 2006)

En un inicio, con cierta dosis, se tienen ciertos efectos, pero con el tiempo se requiere de una dosis mayor para obtener los mismos resultados en el Sistema Nervioso y por esto el cerebro y el resto del organismo se adaptan, después se necesita dicha sustancia para el funcionamiento del cuerpo, a esto se le llama tolerancia (Sola, 2006); la cual se manifiesta por la presencia de náuseas, mareo y otros síntomas característicos cuando se interrumpe. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando están en situaciones donde su consumo está prohibido.

Es vital para el consumidor de cigarros definir el consumo, el abuso, la adicción del tabaco, reconocer las formas en que la droga actúa en el organismo y en la mente, y conocer los fenómenos fisiológicos y psicológicos, como refuerzo, rebote y abstinencia (Becoña, 1998).

El consumo de tabaco es el uso habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos; en el que la libertad personal juega un importante papel, sin olvidar el control social ejercido por leyes y tradiciones sobre su consumo, dicha conducta es autorreforzante, el refuerzo por el fumar tabaco puede estar determinado e incluso ampliado por un condicionamiento secundario: la asociación del consumo con estímulos diversos (visuales, auditivos u olfativos) (Becoña, 1998).

El refuerzo, puede conducir a la dependencia psicológica. *La dependencia psicológica* es la expresión de la vinculación psicológica y social de la droga, representa la necesidad subjetiva o el deseo irresistible de fumar para poder mantenerse estable o en equilibrio. El tabaco se ha convertido en el eje central de las conductas, pensamientos y emociones de la personas, no hay posibilidad de relacionarse socialmente, de estar bien, de relajarse o de olvidarse de una preocupación hasta que se toma fuma un cigarro. La dependencia psicológica puede ser la vía directa tanto al consumo compulsivo como a la dependencia física (Becoña, 1998).

La dependencia física ocurre cuando las células del organismo están modificadas por la exposición constante a una droga que son incapaces de funcionar adecuadamente cuando son privadas de ellas (Becoña, 1998).

Abuso del consumo de tabaco es cuando se sobrepasan los límites de aceptados por su medio cultural, cuando consume habitualmente en situaciones o circunstancias inusuales en el entorno social y cuando el medio sociofamiliar del sujeto comienzan a resentirse. Hay uso superior a la norma aceptada, consumo en circunstancias no habituales, no hay adicción (Mothner y Weitz, 1984).

El término *adicción* se refiere al uso compulsivo de una sustancia psicoactiva que afecta a la salud mental o física. El uso compulsivo significa uso incontrolado o irracional. Significa una forma extrema de uso compulsivo que convierte a la droga en el centro de la vida del individuo. Hay una preocupación prioritaria en tener y tomar drogas, una incapacidad en disminuir el consumo, que persiste, tras breves períodos de abstinencia, a pesar de los efectos perjudiciales y de pagar un alto coste, destruyendo parte de la vida del consumidor (Mothner y Weitz, 1984).

Pero aunque puede hallarse la incidencia global de la adicción a las drogas, la probabilidad de que un consumidor cualquiera se convierta en adicto aún no se conoce. Este problema ha fascinado a los estudiosos de la conducta durante años, y el descubrimiento de lo que predispone a un individuo a la adicción -la investigación de la «personalidad adictiva»- todavía sigue siendo un anhelo. Actualmente, sin embargo, hay una creciente evidencia de que no es posible separar por rasgos psiquiátricos simples a los consumidores adictos potenciales del resto de la población (Mothner y Weitz, 1984).

El abuso de drogas tiene, además, un contexto externo inseparable del resto de la vida. Las demandas cotidianas del trabajo y la familia y de otras actividades esenciales requieren el tiempo y la atención del consumidor de drogas. Cuando esto no es así, porque carece de empleo o de responsabilidades familiares, aumenta el potencial de abuso (Mothner y Weitz, 1984).

1.2.4 DEPENDENCIA FÍSICA

La dependencia física es la necesidad de mantener el nivel de nicotina en la sangre. Las personas que fuman más de 10 cigarrillos por día (5 mg de nicotina por cigarrillo), con inhalación profunda y rapidez de consumo, se consideran generalmente personas con dependencia física al tabaco (Granda, 2000).

Bajo estas condiciones cuando se deja de fumar durante cierto tiempo se presentan molestias debido a la disminución del nivel de nicotina en la sangre. A estas molestias se les ha llamado Síndrome de Abstinencia o Supresión (Granda, 2000). Estas molestias pueden ser varias, entre ellas:

- Deseos intensos de fumar
- Enojo
- Dificultad de concentración
- Molestias gastrointestinales
- Inquietud
- Dolor de cabeza
- Sueño o insomnio
- Temblor de manos
- Estado de ánimo disfórico o depresivo
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Aumento del apetito o aumento de peso

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deben a enfermedad médica, ni se trata de la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV, 1994).

La necesidad irresistible es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen.

1.2.5 DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

La dependencia psicológica es originada por la conducta de fumar, está relacionada no únicamente con las sensaciones gustativas sino que hay que reconocer un efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad. Se puede mencionar, como aspectos placenteros que atraen a los fumadores, el ritual que envuelve el acto de fumar, manipular los cigarrillos, el mechero o los cerillos, inhalar el humo y observar las formas que adquiere mientras va ascendiendo.

Los fumadores han hecho vínculos con la conducta de fumar, donde involucran sentimientos y comportamientos; usualmente la utilizan como apoyo en las habilidades sociales y en el manejo de sus emociones; al abandonar el tabaco, en algunas personas se presentan signos de depresión, e incluso casos que manifiestan perder la concentración y atención para trabajar (Granda, 2000).

La dependencia psicológica se instaura gracias a los factores de reforzamiento y por las expectativas que ya tenía el sujeto acerca de consumir tabaco. Un ejemplo de esto es que la nicotina, en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de una mayor cantidad de noradrenalina, con lo que se produce un incremento de los impulsos y de elevación del estado de ánimo. Esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta; a esto se le llama un reforzamiento positivo. Por el contrario, cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superarlos fumando; esto es, a través de seguir ingiriendo la sustancia, consigue anular los efectos desagradables que padece, lo que aumenta la probabilidad de que se repita la conducta. Esto se denomina reforzamiento negativo (Becoña, 1998).

Por lo general, las personas dependientes presentan al mismo tiempo los dos tipos de dependencia: física y psicológica.

Aunque más del 80% de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, sólo el 5% lo consigue. La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales, recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea, constituye un problema sanitario importante.

1.3 SUSTANCIAS DAÑINAS PRESENTES EN EL TABACO

El tabaco contiene alrededor de más de 4000 sustancias de las cuales 401 son tóxicas, y 43 se sabe que provocan cáncer. Dichas sustancias tienen efectos en los tejidos corporales, esos compuestos se pueden clasificar como asfixiantes químicos, irritantes, compuestos ciliásticos, cancerígenos y sus coadyuvantes o sustancias farmacológicamente activas. Los ingredientes del tabaco responsables del mayor número de enfermedades son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

1.3.1 NICOTINA

La nicotina es una droga que se encuentra en las hojas de tabaco. Cuando un fumador inhala la nicotina, ésta va directamente a los pulmones y a la sangre. En siete segundos una cuarta parte de la nicotina ha llegado al cerebro, a través de la arteria pulmonar. Es una droga psicoactiva y un potente reforzador conductual, capaz de producir severa dependencia química en el consumidor. Actúa según la dosis pues a dosis bajas es psicoestimulante mejorando la capacidad mental, sobre todo la concentración, y a dosis altas tiene un efecto sedante al actuar como depresor. Se encuentra en un porcentaje de 1 a 2 % en los cigarrillos, de manera que un cigarrillo normal de

1 gramo contiene 10 a 20 miligramos. El 10 % de esta nicotina pasa al humo del cigarrillo, es decir 1 a 2 miligramos (“Adicción a la nicotina”, 2005).

La nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90 %) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40 %) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como son la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, etc. Se absorbe rápidamente de la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos. Es allí donde ejerce su acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) así como en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina. La vida media de la nicotina es de dos horas, oscilando entre 1 a 4 horas de acuerdo a la variabilidad individual, y la mayor parte se metaboliza en el hígado transformándose en uno de sus metabolitos inactivos -la cotinina- y solamente el 7 % de la nicotina se excreta por vía renal sin transformarse junto con la cotinina. También pasa a la leche materna y atraviesa la barrera placentaria (“Adicción a la nicotina”, 2005).

También tiene un cierto efecto vasoconstrictor sobre distintos órganos centrales como el corazón, así como en las arterias coronarias, también produce vasoconstricción de los vasos de la placenta de la mujer embarazada, cuya función principal es el intercambio de oxígeno y nutrientes con el feto, viéndose afectado este en su desarrollo (peso y talla inferiores a lo normal), y también por el menor desarrollo y la acción de la sustancia tóxica inhalada por la madre, que ha pasado al torrente circulatorio del feto (“El Tabaco, 2005).

La nicotina, sobre todo cuando se fuma, ejerce varios efectos farmacológicos sobre el sistema cardiovascular, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación del sistema nervioso simpático.

Estos incluyen:

- Un aumento en la frecuencia cardiaca y la presión arterial, volumen sistólico y gasto cardíaco, así como del flujo sanguíneo coronario.

- Vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea, vasoconstricción sistémica y un aumento del flujo sanguíneo muscular.
- Un aumento de las concentraciones. Circulantes de adrenalina y noradrenalina.
- Un aumento de los niveles circulantes de ácidos grasos libres, glicerol y lactato (“Constituyentes del humo del tabaco”, 2005).

La nicotina ejerce efectos significativos sobre el *sistema nervioso central*. Los fumadores experimentan modificaciones del humor como:

- Placer, disminución de la cólera y la tensión.
- Activación cortical, especialmente con los primeros cigarrillos del día.
- Relajación, en particular en situaciones de estrés.

La nicotina posee también *efectos endocrinos y metabólicos*. En general, se dice que el tabaquismo aumenta los niveles circulantes de los compuestos endógenos siguientes:

- Endorfinas
- ACTH
- Hormona del crecimiento
- Prolactina
- Catecolaminas
- Cortisol
- Vasopresina

1.3.1.1 ACCIÓN CEREBRAL DE LA NICOTINA

La nicotina responsable de la nicotina-dependencia puede ser definida como una sustancia psicoactiva cuya acción consiste principalmente en la activación de dos centros cerebrales:

- El Sistema Mesolímbico Dopaminérgico que es considerado como el centro cerebral del placer y de la gratificación y su estimulación es responsable de la farmacodependencia, en la cual el sujeto intenta encontrar el efecto euforizante.

- El Locus Ceruleus que es responsable del estado de alerta y de vigilia. Su estimulación por parte de la nicotina mejora las funciones cognoscitivas, la capacidad de concentración, y al mismo tiempo puede reducir las reacciones de estrés, proporcionando una impresión de seguridad y de relajación en las situaciones críticas (Parran, 1998).

La nicotina se une a los receptores para la nicotina en el cerebro y estimula la liberación de dopamina elevando sus niveles. La dopamina es liberada hacia la sinapsis (el espacio entre las terminaciones nerviosas y la célula receptora) y se une a los receptores de la siguiente neurona. La dopamina rápidamente se reabsorbe o se elimina por la enzima monoaminooxidasa (MAO). Sin embargo, cuando se introduce la nicotina al fumar, la nicotina estimula la liberación de dopamina mientras que otra sustancia en el humo de cigarro bloquea la acción de la MAO. Los niveles bajos de MAO resultan en niveles elevados de dopamina. Esto interviene en la biología de la adicción a la nicotina, agregándose al aumento de dopamina en el núcleo accumbens. (“Adicción a la nicotina”, 2005).

La adicción a la nicotina es básicamente un trastorno cerebral (mediado neurobiológicamente) y que se localiza en el sistema mesocórtico-límbico-dopaminérgico, lugar donde se genera la recompensa neurológica. Y esto se produce de la misma forma que para otras drogas, con la vía dopaminérgica localizada en el núcleo accumbens (“Adicción a la nicotina”, 2005).

Actualmente está bien documentado que los efectos placenteros del consumo del tabaco están estrechamente ligados a la estimulación de las vías dopaminérgicas cerebrales y, aunque la naturaleza exacta de estas vías de señalización no son bien conocidas, hoy se considera que son comunes a diferentes drogas como opiáceos, cannabis, alcohol e incluso cocaína (Pontieri, Tanda, Orzi, DiChiariara, 1996). Además de la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, el ácido gamma-amino-butírico (GABA) y el glutamato también han sido implicados en el fenómeno de la adicción a la nicotina (Nestler y Aghajanian, 1997).

1.3.2 ALQUITRÁN

El humo de tabaco contiene millones de partículas pequeñísimas que se unen con el calor provocado por el cigarrillo encendido, formando una sustancia gomosa conocida como alquitrán.

El alquitrán impregna la superficie respiratoria de los pulmones de los fumadores activos y pasivos y paraliza los cilios de las células respiratorias. Normalmente los cilios actúan como un cepillo que elimina las sustancias extrañas y cuando se paralizan dificultan la eliminación de la flema de las vías respiratorias.

El alquitrán es cancerígeno y se encuentra en distintas cantidades en los diferentes tipos y marcas de cigarrillos y productos del tabaco (OPS, 1997).

Quien fuma una cajetilla diaria inhala unos 840 centímetros cúbicos de alquitrán por año, lo que significa rociar las vías respiratorias superiores y los pulmones con algo más de tres cuartos de litro de alquitrán que además contiene, benzopireno que es una sustancia que lesiona el material genético de las células y produce cáncer en los órganos con los que se pone en contacto.

Por eso, el fumar causa cáncer, sobre todo pulmonar, pero también de boca, garganta y estómago, y se relaciona con el de vejiga y útero (“Constituyentes del humo del tabaco”, 2005).

1.3.3 MONÓXIDO DE CARBONO

Es un gas que procede de la combustión incompleta de la hebra de tabaco. Este compuesto tiene la particularidad de competir con el oxígeno en su combinación con la hemoglobina, pero con una afinidad 300 veces superior a la de éste, forma un compuesto la carboxihemoglobina, que no es útil para la respiración celular al bloquear la hemoglobina para el transporte de oxígeno. Este efecto sumado a la vasoconstricción coronaria que da la nicotina, justifican la relación del consumo de tabaco y la aparición de accidentes coronarios (“El Tabaco”, 2005).

Este gas es el que más incide acusadamente en el feto y es el responsable del bajo peso del niño al nacer y diversas lesiones. Igualmente es el factor de mayor responsabilidad en producir los infartos de miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas (OPS, 1997).

Existe gran cantidad de sustancias contenidas en el tabaco; además de las ya mencionadas se encuentran también los gases irritantes que van a afectar al aparato respiratorio, desarrollando una doble acción, por una parte aumenta la aparición de moco y por otra alteran los mecanismos de limpieza de las células ciliares del epitelio respiratorio, que es donde el moco se acumula dejando zonas mal ventiladas y fácilmente colonizables por gérmenes. Evolucionando esta situación en alteraciones respiratorias típicas del fumador hasta la aparición de bronquitis ya sean estas de invierno, de repetición o la mas grave de ellas la crónica (“El Tabaco”, 2005).

1.4 DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS AL CONSUMO DE TABACO.

Hasta los primeros años del siglo XX, los promotores del tabaco insistieron en sus efectos benéficos para la salud. Sin embargo el aumento considerable del número de muertes por cáncer de pulmón en los Estados Unidos y en Europa fue uno de los primeros indicios de un posible efecto nocivo del tabaco. Ya para mediados del siglo XX, estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y Europa habían demostrado una correlación estrecha entre el consumo de tabaco y la incidencia del cáncer de pulmón.

En 1954, evidencias obtenidas independientemente por investigadores ingleses y norteamericanos demostraron que los fumadores tenían una tasa de mortalidad mayor que los no fumadores en cualquiera de los años considerados. A comienzos de los años sesenta, dos documentos científicos, que se convirtieron en hitos en la historia social del tabaco, cimentaron la evidencia sobre los efectos negativos del tabaco para la salud.

En 1962 el Real Colegio de Médicos de Londres y en 1964 el Cirujano General de los Estados Unidos presentaron pruebas irrefutables en contra del tabaco. El prestigio de ambas fuentes transformó espectacularmente la actitud de médicos y sanitarias con respecto a los peligros del tabaco y favoreció la organización de campañas contra su uso. Hasta la fecha se han publicado aproximadamente más de 30,000 estudios sobre los efectos del tabaco sobre la salud, algunos de los cuales señalan que la esperanza de vida para los fumadores es en promedio ocho años menor que para los no fumadores (“Advierten que el cigarro”).

El Sector Salud gasta anualmente 29 mil millones de pesos en el tratamiento de sólo tres padecimientos asociados con el tabaquismo: enfermedad cardiovascular, Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica (EPOC) y cáncer pulmonar (OMS, 1997).

1.4.1 NIVEL RESPIRATORIO

El fumar reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno, destruye los alvéolos, los pequeños sacos aéreos donde tiene lugar el intercambio de gases, haciendo que los pulmones sean menos elásticos, y menos capaces de intercambiar oxígeno. Los pulmones de los fumadores tienen también menos capilares, y por lo tanto menor flujo sanguíneo, reduciéndose la superficie para realizar el intercambio gaseoso. Consecuentemente, los pulmones reciben menos nutrientes y oxígeno del que necesitan para mantener una función normal. Cada inhalación de humo causa disminución del calibre de las vías aéreas (bronco constricción). Con el tiempo, ocurre una obstrucción permanente y el daño pulmonar puede ser irreversible. Además, todos los productos del tabaco, incluido los “sin humo” (tabaco de mascar o de absorción nasal), aumentan la frecuencia cardiaca de reposo, lo cual reduce la resistencia física (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, 2004).

1.4.1.1 BRONQUITIS CRÓNICA

Es la inflamación crónica de bronquios, vías aéreas o de aquellas que están próximas a los conductos y que tienen cartílago, la cual se manifiesta por

una tos constante ocasionada por la irritación de las membranas de los cilios. Las membranas paralizan sus movimientos y obligan a toser lo que en otro momento, por reflejo, haría desalojar las partículas nocivas (Espino, 1998).

Sobre el pulmón actúan las sustancias tóxicas del tabaco, produciendo que no se efectuó la labor de limpieza hacia el exterior de sustancias que se introducen en el árbol respiratorio, provocándose infecciones en esta zona. Las sustancias irritantes producen una inflamación de la mucosa, que se defiende con una hipertensión de moco, el cual, al no poder eliminarse por la falta de cilios vibrátiles, se acumula en el bronquio, precisándose fuertes golpes de tos para eliminarlos (“Tabaco”, 2004).

Asimismo se altera la estructura bioquímica del mucus bronquial, siendo éste más espeso, más compacto y más difícil de eliminar. Esta es la base de un terreno ideal para la multiplicación y acantonamiento de los gérmenes, los que a su vez, provocan la agravación de la infección, la hipersecreción y la alteración del moco bronquial (“Tabaco”, 2004).

1.4.1.2 ENFISEMA PULMONAR

Se define como la destrucción de los tabiques alveolares con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la salida del aire (Cicero, 1999); estos alvéolos destruidos son los que realizan el cambio de bióxido de carbono por oxígeno. En este caso el daño es irreversible por lo que la persona queda con la necesidad de jalar oxígeno y es por eso que en sus actividades diarias la gente se agita y necesita jalar oxígeno ya que pierde la capacidad de oxigenación y se tiene la sensación de asfixia (Espino, 1998).

La suma de lesiones anteriores a nivel pulmonar, hace que la mucina tapone los bronquios delgados y los bronquiolos, obstruyendo el árbol bronquial. Al no poderse ventilar como es debido, se van distendiendo progresivamente por falta de elasticidad los músculos lisos pulmonares, acumulándose aire en su interior, llevando al fumador al enfisema. La

capacidad pulmonar esta disminuida y el volumen espirado es inferior a lo normal. El no fumador gasta el 5% de la energía en respirar, el enfisematoso llega a gastar el 80%; su vida queda limitada a la supervivencia del acto de la respiración, no puede hacer otra cosa (“Tabaco” ,2004).

Sin embargo en un estudio realizado por Auerbach en 1972 se observó que dejar de fumar disminuye la progresión de estas enfermedades (Rubio y Fabián, 1995).

1.4.1.3 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

El EPOC engloba una serie de padecimientos caracterizados por una obstrucción generalizada de las vías respiratorias, la cual comprende tres entidades: bronquitis crónica, enfisema y asma, y los fumadores pueden desarrollar esta enfermedad por una serie de factores que pueden coincidir con la edad (a mayor edad, mayor riesgo), el sexo (más frecuente en hombres), el consumo de tabaco (número de cigarrillos que se fuman y número de años), la contaminación ambiental (partículas suspendidas en el aire), población urbana (principalmente), tipo de ocupación, peso al nacer, infecciones neonatales e infecciones recurrentes, principalmente.

En 2001, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue la cuarta causa principal de muertes en Estados Unidos: más de 118,000 fallecimientos. Más del 90% de esas muertes se atribuyen al tabaquismo. De acuerdo con el Segundo Estudio de Prevención de la Sociedad Americana del Cáncer, las probabilidades de que las mujeres fumadoras mueran de enfermedad pulmonar obstructiva crónica son 13 veces mayores que las probabilidades de las mujeres que nunca han fumado. En el caso de los hombres fumadores, las probabilidades de morir de la misma enfermedad son casi 12 veces más altas que las de los hombres que nunca han fumado. Aproximadamente a 10 millones de personas en Estados Unidos se les ha diagnosticado EPOC, que sistemáticamente ha sido una de las 10 enfermedades crónicas más comunes (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

1.4.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante, especialmente en el caso de las enfermedades cardíacas. Los fumadores tienen una tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas 70% más elevada que los no fumadores (Salazar, et al, 2002). Por su parte los adultos que comenzaron a fumar cuando eran niños o adolescentes tienen mayores probabilidades de desarrollar placas arteriales y modificaciones sanguíneas que los hacen más susceptibles a las enfermedades cardíacas, a la hipertensión arterial y a los accidentes cerebro vasculares. Cuando se combina el fumar con otros factores de riesgo, tales como hipertensión arterial y niveles altos de colesterol en la sangre, se multiplican varias veces las probabilidades de tener problemas cardíacos.

A este respecto, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países industrializados, expresadas como cardiopatía isquémica del corazón (EIC), sin embargo se han incrementado rápidamente en los países en vías de desarrollo, lo que provoca que se registre también como principal causa de mortalidad. Los años de vida potencialmente perdidos y atribuidos a muerte por EIC, ascienden a 46.7 millones. En México representa la principal causa de muerte, con 42, 516 defunciones registradas en 1997 con una tendencia ascendente desde hace más de 10 años (Salazar, et al., 2002).

Las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales) los tipos principales de enfermedades cardiovasculares causadas por el tabaquismo son la primera y la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos. Más de 61 millones de estadounidenses sufren de algún tipo de enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión arterial, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva y otras afecciones. Más de 2,600 estadounidenses mueren a diario

a causa de una enfermedad cardiovascular, alrededor de 1 muerte cada 33 segundos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

El tabaquismo es totalmente aceptado como un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares como un resultado directo sobre la hemostasis y la aterosclerosis. El desarrollo de la EIC debida al tabaquismo se describe mediante 5 procesos que involucran aterosclerosis, trombosis, espasmo arterial coronario, arritmia cardiaca y reducción de la capacidad sanguínea para trasportar oxígeno. Los principales efectos se le atribuyen a la nicotina por la acción farmacológica sobre estos mecanismos y al monóxido de carbono producido por el cigarrillo a través de su efecto en el transporte de oxígeno (Salazar, et al., 2002).

Desde 1980 las enfermedades del corazón, constituyen la primera causa de mortalidad general en México, llegando a 68, 677 decesos en 1998, lo que representa el 15.4% de todas las defunciones; más de la mitad de estos casos (62.4%) correspondieron a cardiopatía isquémica (Belsasso, 2001).

Se calcula que en 2003, alrededor de 1.1 millones de estadounidenses sufrieron un ataque cardíaco por primera vez o uno recurrente (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

Además de este padecimiento, en general los efectos en el sistema circulatorio producidos por las sustancias contenidas en el tabaco, son los siguientes (“Enfermedades derivada” 2006):

- *Taquicardia*: elevación de 10 a 30 pulsaciones por minuto, que al cabo de los años son miles de latidos más y un exceso de consumo de energía.
- *Tensión arterial*: la liberación hormonal produce una crisis hipertensiva, una crisis por cada inhalación supone varios millones de choques hipertensivos sobre los vasos.
- *Ateromatosis coronaria*: los no fumadores suelen tener un 40% de ateromas (alteraciones grasientas en las paredes arteriales) en sus

vasos coronarios, mientras que en los fumadores de 20 cigarrillos aumenta al 80%.

- *Trombosis*: hay aumento de la adhesividad de las plaquetas, llevando al fumador a la trombosis coronaria.
- *Déficit de riego*: la absorción y fijación del monóxido de carbono, formando carboxihemoglobina, desplaza e impide la absorción del oxígeno por la hemoglobina, por lo que disminuye el oxígeno circulante y el que llega a los tejidos, con una generalizada falta de oxigenación.
- *Cefalea*: la nicotina y el monóxido de carbono son los responsables de la primera fase de vasoconstricción, que va seguida de la vasodilatación parálitica que produce el dolor de cabeza.
- *Arteriosclerosis*: las toxinas que se acumulan en la sangre como resultado de fumar cigarrillos contribuyen a la aparición de la aterosclerosis. La aterosclerosis es el endurecimiento progresivo de las arterias causado por la acumulación de placa grasosa y por la cicatrización y engrosamiento de las paredes arteriales. La inflamación de la pared arterial y la aparición de coágulos sanguíneos pueden obstruir la circulación de la sangre y provocar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

En general, las personas que fuman padecen enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos con mayor frecuencia que las que no fuman. Además se sabe que quienes dejan de fumar, padecen menos ataques cardíacos que quienes continúan haciéndolo, aunque se requieren muchos años para que un fumador empedernido disminuya este riesgo al nivel de una persona que nunca ha fumado (“Tabaco”, 2004).

1.4.3 NIVEL DEL APARATO DIGESTIVO

Dentro de los padecimientos ocasionados por el uso crónico de tabaco se encuentran las enfermedades del aparato digestivo, entre las que se encuentran las siguientes afecciones:

- *Afecciones Dentales*: sarro dentario, dientes amarillos, piorrea, aumento de infecciones y caries.
- *Afecciones Linguales*: dolor de lengua por la acción irritante de la nicotina y lengua saburral por la mala digestión.
- *Cáncer de labio y en la cavidad oral*: frecuencia superior a los no fumadores de 4.1 sobre 1.
- *Cáncer de esófago*: frecuencia superior a los no fumadores de 3.4 sobre 1.
- *Gastritis*: en una primera fase, aparece gastritis con hiperacidez y ardor en el estómago. La medicación antiácida es menos efectiva que en los no fumadores. La cicatrización es dificultada por seguir fumando. Posteriormente aparece una gastritis tóxica con hipoacidez, exceso de moco gástrico y atrofia de los pliegues del estómago.
- *Dificultades en el metabolismo*: la nicotina disminuye las contracciones de la pared gástrica, con lo que la sensación de hambre desaparece; la intoxicación tabáquica produce la pérdida del apetito, interfiere con la absorción de proteínas, causa insomnio, favorece la mala digestión, todo lo cual produce adelgazamiento. Por otro lado los niveles de vitamina C en los fumadores son más bajos, aumentándose las enfermedades infecciosas ("Tabaco", 2004).
- *Úlceras Pépticas*: estas se dan en el tracto digestivo (estómago y duodeno), por lo general se observan en personas infectadas por la bacteria *Helicobacter pylori*. Entre las personas que tienen esta infección, los fumadores tienen más probabilidades de sufrir úlceras pépticas que las personas que no fuman. En casos graves, las úlceras pépticas pueden causar la muerte.

1.4.4 A NIVEL GENERAL

Consumir tabaco contribuye de manera general al envejecimiento prematuro, riesgo de muerte prematura, potenciación de los efectos cancerígenos ambientales, disminución de la fertilidad, problemas de erección,

abortos espontáneos, problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustiaron un menor efecto de los medicamentos que toma el fumador.

Además de sus efectos a largo plazo, el consumo de tabaco puede tener efectos a corto plazo, especialmente en la función pulmonar, pero también en la fuerza muscular y en los patrones del sueño, además de cambios en la firmeza y lozanía de la piel así como en la pigmentación de la misma.

Varios estudios han demostrado que es menos probable que los fumadores tomen parte en los deportes, que los no fumadores, tanto desde la elite internacional como al deporte amateur del fin de semana.

Los efectos citados hacen más difícil vivir una vida activa, al hacer más dificultosas, actividades como subir escaleras. Muchos estudios han mostrado que los fumadores están en peor forma que los no fumadores. Estas desventajas están directamente relacionadas con la duración del consumo y el número de cigarrillos diarios.

1.4.5 CÁNCER RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TABACO

En el informe de 1964 el Cirujano General de los Estados Unidos confirmó que el tabaco era la causa más importante del cáncer de pulmón. A finales de los años ochenta ya se sabía que el fumar contribuía a aumentar 30% las muertes por distintos tipos de cáncer.

Hoy en día el cáncer es la segunda causa de muerte (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004). Se sabe que el tabaco provoca cáncer de labio, cavidad bucal, laringe, faringe, de vejiga, de esófago y de riñón.

En 2003, se calcula que se diagnosticaron 57,400 casos nuevos de cáncer de la vejiga y que alrededor de 12,500 personas murieron a causa de esa enfermedad (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU,

2004). Sin embargo, el informe de 2004 del Director General de Servicios de Salud Pública identifica por primera vez otros tipos de cáncer causados por el tabaquismo, incluidos el cáncer de estómago, cuello uterino, riñón y páncreas, además de la leucemia mieloide aguda.

En 2003, se diagnosticaron 22,400 nuevos casos de cáncer de estómago, y se esperaba que ocurrieran alrededor de 12,100 muertes; en el caso del cáncer de riñón, se calcula que se diagnosticaron 31,900 nuevos casos y que 11,900 personas murieron a causa de esa enfermedad, también se diagnosticaron aproximadamente 30,700 nuevos casos de cáncer de páncreas, lo cual resultó en 30,000 muertes, el promedio de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la muerte fue aproximadamente de 3 meses; así como también se diagnosticaron aproximadamente 10,500 casos de leucemia mieloide aguda en adultos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

En comparación con no fumadores, las probabilidades de que los hombres que fuman sufran de cáncer de pulmón son aproximadamente 23 veces mayores y en el caso de las mujeres, las probabilidades son 13 veces más altas. El tabaquismo causa alrededor del 90% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres y casi el 80% en mujeres (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

La tasa de muerte por cáncer de pulmón en nuestro país ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años, aunque continúa siendo más elevada entre los hombres, 2.5 hombres por 1 mujer. No obstante, esta relación se está modificando, lo que podría tener como causa el aumento en el consumo de tabaco entre la población femenina (Belsasso, 2001).

En 2003 ocurrieron alrededor de 171,900 casos nuevos de cáncer de pulmón y aproximadamente 157,200 murieron a causa de esa enfermedad (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

Los estudios han demostrado que el riesgo para desarrollar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, al número de años de fumar, a la edad en que se inició el consumo, a la forma de inhalación y a la cantidad de nicotina y alquitranes contenidos en los cigarrillos fumados. También se ha comprobado que el humo de este producto contiene gran cantidad de sustancias carcinógenas. Los factores hereditarios juegan, asimismo, un papel importante en el grado de vulnerabilidad para desarrollar cáncer, por tanto, las acciones preventivas de salud deben valorar todos estos factores (Belsasso, 2001).

En México entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse llegando a registrar en ese último año, 753 defunciones por dichas causas. (Belsasso, 2001)

Sin embargo, estos tipos de cáncer se consideran enfermedades prevenibles en virtud de que los factores están relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco, de alcohol, y algunos alimentos que se han relacionado con su incidencia. Los factores determinantes de esos cánceres pueden ser eliminados con intervenciones apropiadas como promoción y educación para la salud (Tovar-Guzmán, Barquera y López, 2002).

Se estima que por tumores malignos se pierden en promedio 19 años potenciales de vida (Villalba-Caloca, Ramírez y Sansores, 2001).

1.4.6 AFECIONES EN LAS MUJERES

En los últimos años se está evidenciando un aumento del consumo de tabaco en las mujeres. Además de los daños que produce el tabaco al ser humano, éste afecta particularmente a la mujer ya que resulta ser más susceptible que el hombre ante los agentes tóxicos.

El cáncer de pulmón ha desplazado al cáncer de mama, como causa principal de muerte femenina por neoplasia. Asimismo, se ha comprobado en

las fumadoras un aumento del doble de riesgo de contraer cáncer del cuello del útero (Tovar-Guzmán, Barquera y López, 2002).

Las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales están más expuestas a contraer enfermedades cardiovasculares. Ciertos estudios indican que fumar produce menopausia prematura y aumenta la frigidez y los trastornos menstruales (“Tabaco y Mujer”, 2006).

Las evidencias demuestran que los hijos de madres fumadoras nacen con un peso promedio menor al de los hijos de madres no fumadoras, y se ha comprobado que existe un aumento en los niveles de carboxihemoglobina en la sangre fetal, con la consecuente reducción de 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. De esta manera, la incidencia de partos prematuros y mortalidad perinata- atribuidos al tabaco se incrementa notablemente en relación con los hijos de madres no fumadoras. Sin embargo, a pesar de esto, se calcula que solamente entre el 18% y el 25% de las mujeres dejan de fumar cuando quedan embarazadas (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

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 del desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membranas. Se calcula que el riesgo de desprendimiento de placenta de las fumadoras es de 1.4 a 2.4 mayor que el de las mujeres que no fuman (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

El bajo peso al nacer es la causa principal de muerte de bebés y causa más de 300,000 muertes al año en Estados Unidos. El riesgo de tener un bebé muy bajo de peso (entre el 5% y el 10% de los más pequeños) es 2.5 mayor que el riesgo de las mujeres embarazadas que no fuman (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

Ser fumadores pasivos también significa un riesgo para el embarazo, puesto que la leche materna contiene todo aquello que se encuentra en el cuerpo de la mujer, con lo que el bebé ingiere nicotina junto con su leche materna. (Belsasso, 2001).

Pero incluso el tabaco puede generar afecciones antes y no permitir que se logre un embarazo, ya que las mujeres que fuman corren un mayor riesgo de ser estériles. Los estudios han demostrado que el fumar dificulta la capacidad de la mujer de quedar embarazada (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

1.4.7 AFECCIONES EN LOS HOMBRES

Los hombres que presenten tabaquismo, pueden desarrollar disfunción eréctil. Consumir veinte cigarrillos al día aumenta en un 60% las posibilidades de padecer impotencia. Fumar perjudica seriamente las relaciones sexuales, y aumenta peligrosamente el riesgo de padecer disfunción eréctil. Veinte cigarrillos diarios son suficientes para incrementar un 60% este problema. Reduciendo la cantidad de tabaco se minimiza el peligro, pero incluso así la predisposición sigue siendo muy superior a la de los hombres que jamás han dado una fumada. En México 55 por ciento de los hombres padece algún tipo de disfunción eréctil; en el resto del mundo 150 millones sufren por este padecimiento, aseguró el especialista en urología mexicano Fernando Ugarte (“La disfunción eréctil viene en el paquete de tabaco”, 2003).

Aunque continúa sin conocerse el mecanismo concreto por el que los componentes de los cigarrillos afectan al sistema eréctil sí se conoce que se modifican las hormonas sexuales. Uno de los efectos locales del tabaco es alterar la síntesis del óxido nítrico, principal sustancia para relajar el músculo del pene y favorecer la erección.

A este efecto químico local deberán sumarse las modificaciones que el tabaco ocasiona en las arterias (efecto de espasmo vascular –acción nicotínica- y las consecuentes asociaciones como arteriosclerosis, hipertensión

arterial, liberación de radicales libres, que complican aún más el estado de salud general.

Un estudio de seguimiento de pacientes, realizado durante 8 años, demostró que los efectos del tabaquismo pueden persistir aún luego de cesar el consumo de tabaco. Sin embargo el mismo estudio demostró que la ausencia de tabaquismo, o la cesación del hábito de fumar en el adulto joven, puede ser útil para disminuir el riesgo de Disfunción Eréctil.

Comparados con los otros dos grupos, los varones que consumían tabaco tenían un riesgo casi dos veces y media mayor de sufrir disfunción eréctil. También los ex fumadores tenían más peligro que los que nunca consumieron, si bien esta diferencia fue menos llamativa (El tabaco provoca impotencia, 2003).

Sorprendentemente, a partir de los 50 años los efectos del tabaco sobre esta función masculina disminuían con celeridad hasta hacerse prácticamente nulos a los 70 años. Lo que también se observó fue una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y la incidencia de trastornos en la erección. Es precisamente esta característica una de las que definen la relación entre una enfermedad y un determinado tóxico.

En cualquier caso, tal y como afirman los autores de esta investigación, publicada en *"The American Journal of Epidemiology"*, los avisos presentes en las cajetillas de cigarrillos sobre los problemas de erección están más que justificados. Dada la importancia que el varón da a su actividad sexual, es probable que este tipo de alarma tenga más efecto que las referidas al cáncer o a las enfermedades cardíacas (Marco, 2005).

El cáncer de próstata es una enfermedad en la que el cáncer se desarrolla en la próstata, un órgano glandular en el sistema reproductor masculino. El cáncer se produce cuando células de la próstata mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Estas células podrían propagarse (metástasis) desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos. Todavía no se conocen

exactamente las causas del cáncer de próstata. Pero algunas investigaciones han encontrado algunos factores de riesgo y tratan de explicar cómo esos factores pueden provocar que las células de la próstata se malignicen; Entre ellas se encuentra la edad, la probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta rápidamente después de los 50 años, la raza ya que se predispone en un 70% más a menudo en hombres afroamericanos que en hombres blancos americanos, la dieta, la inactividad física y obesidad, la herencia y predisposición genética, en agentes infecciosos y consumir tabaco.

El tabaco, según estudios recientes, es también un factor de riesgo para el cáncer de próstata ya que fumar cigarrillos aumenta la producción de hormonas masculinas, éstas estimulan el crecimiento celular y, por lo tanto, el crecimiento de los tumores prostáticos, por otro lado, el cadmio contenido en los cigarrillos también es otro factor de riesgo. (“American Cancer Society: Detailed Guide: prostate cancer”, 2005).

Tal como han explicado expertos reunidos en torno al LXXI Congreso Nacional de Urología pese a que el tabaco puede ser determinante en la probabilidad de que se desarrolle un cáncer de próstata, sí se ha comprobado que es un factor de riesgo importante y que la mortalidad es mayor entre los pacientes que son fumadores. (“La mortalidad en pacientes con cáncer de próstata es mayor entre los que son fumadores”, 2006)

1.4.8 OTROS EFECTOS DAÑINOS POR EL CONSUMO DE TABACO

El tabaquismo disminuye la densidad de los huesos en las mujeres posmenopáusicas. Vinculación con un aumento del riesgo de sufrir fracturas de la cadera tanto en hombres como en mujeres. De las 850,000 fracturas registradas anualmente entre las personas con más de 65 años en Estados Unidos, 300,000 son de la cadera. Entre las personas que sufren fracturas de cadera, del 12% al 20% de ellas tienen más probabilidades de morir que las personas que no sufren ese tipo de fractura. Se calcula que el costo relacionado con fracturas de la cadera se encuentra entre los \$7 mil millones y

los \$10 mil millones de dólares al año (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

El tabaquismo está relacionado con cataratas nucleares del cristalino, el tipo más común de cataratas en Estados Unidos. Las cataratas son la causa principal de ceguera en todo el mundo y una de las mayores causas de pérdida de la vista en Estados Unidos. El riesgo de sufrir cataratas que corren los fumadores es dos a tres veces mayor que el corren las personas que no fuman. El tabaquismo afecta el funcionamiento del sistema inmunológico y podría aumentar el riesgo de sufrir infecciones respiratorias y de otro tipo. La periodontitis es una enfermedad seria de las encías que puede dar como resultado la pérdida de los dientes y del hueso que los sostiene. El tabaquismo está relacionado con la periodontitis como una de sus causas. Esto podría deberse a que el tabaquismo afecta la capacidad del cuerpo de combatir infecciones y reparar tejidos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

El tabaquismo tiene efectos nocivos en casi todos los órganos del cuerpo, causa muchas enfermedades y disminuye la salud general de los fumadores. Dejar de fumar tiene beneficios tanto inmediatos como a largo plazo, ya que se disminuyen los riesgos de contraer enfermedades causadas por el cigarrillo y mejora la salud en general. Fumar cigarrillos con un contenido bajo en alquitrán y nicotina (niveles medidos mediante un aparato) realmente no representa un claro beneficio para la salud (“Tabaco”, 2004).

La lista de enfermedades causadas por el tabaquismo se ha ampliado y ahora incluye aneurismas aórticos abdominales, leucemia mieloide aguda, cataratas, cáncer de cuello uterino, cáncer de riñón, cáncer del páncreas, neumonía, periodontitis y cáncer de estómago. Estas enfermedades se suman a las que ya se sabía que eran causadas por fumar, entre ellas cáncer de vejiga, esófago, laringe, pulmón, boca y garganta, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades coronarias y cardiovasculares, así como efectos nocivos en el aparato reproductor y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, 2004).

Con los datos antes mencionados, sin duda impresionantes desde el punto de vista clínico, económico y social, no puede sorprendernos que la Organización Mundial de la Salud haya señalado repetidamente que el tabaquismo es una adicción con efectos catastróficos sobre la salud y que la Secretaría de Salud lo haya catalogado como un problema de salud pública de primer orden en nuestro país, sin embargo el consumo de tabaco sigue aumentando.

De igual manera, es importante recordar que la Norma Oficial Mexicana MON-168-SSA1-1998 sobre el llenado del Expediente Clínico, publicada en el diario oficial de la federación el 7 de diciembre de 1998 establece que el tabaquismo debe ser considerado como un problema de salud económico y social y como tal debe dársele tratamiento y seguimiento (Rodríguez, 2004).

PERSONALIDAD

2.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

El término personalidad viene del latín *personam* "persona", el cual proviene del nombre que recibía la máscara con que se cubrían el rostro los actores en el teatro griego. Este hecho sugiere la idea de la personalidad como algo que se presenta al exterior, una imagen que elegimos mostrar a los demás y que oculta nuestra verdadera naturaleza. En el origen del concepto de personalidad observamos algunos detalles que marcarán para siempre el concepto: la apariencia, la imagen externa, la ocultación, el engaño. La máscara de la personalidad ha de realizar muchas funciones, pero sobre todo dos: cubrir nuestra intimidad, ocultando lo que no deseamos mostrar, y a la vez enseñar a otros un disfraz que debe protegernos. Con el tiempo, la idea original de persona-personalidad como máscara evolucionó hasta enfatizarse (Roca, 2002).

En una concepción más contemporánea se viene a entender la personalidad como el conjunto de rasgos internos no visibles; el comportamiento es observable y está relacionado con la personalidad e influido por ella, pero no es la personalidad en sí misma. Vemos entonces que este constructo ha recorrido un camino hacia el interior del individuo, desde la idea del disfraz más exterior y la realidad aparente, hacia el mundo interno de cada persona. Podríamos expresar este viaje en otros términos igualmente válidos: desde lo manifiesto hasta lo intrapsíquico, de lo social a lo psicológico.

La personalidad es algo inmediatamente accesible a la observación y a la experiencia de cualquier individuo. Se tiene la impresión de que se posee una serie de características en las esferas de la vida de cada individuo, que se mantienen más o menos estables a lo largo del tiempo y que de algún modo

definen quién es y cómo lo perciben los demás. Cada individuo tiende a responder de un modo semejante en muchas de las situaciones que vive.

Podríamos decir que, aunque el concepto de personalidad a veces es complicado de precisar, incluso para quienes han dedicado su vida a ello, se muestra con claridad evidente en nuestra vida diaria, es decir cualquier ser humano es capaz de comprender el concepto de personalidad y de usarlo en su vida diaria, aunque ignore la complicada trama de factores interrelacionados que generan este concepto (Roca, 2002).

2.2 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

La personalidad en la actualidad es un campo de estudio en la psicología cuyo objetivo es dar explicación sistemática a las características en que un individuo se diferencia de otros. A lo largo de los años, la personalidad se ha definido de varias formas, lo que ha permitido que cada investigador estudie los fenómenos que considera particularmente importantes (Pervin, 1996).

Velásquez (1998) explica que la personalidad es definida como pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijos y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto, es la estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos.

La definición de personalidad de Millon y Davis, una de las de mayor difusión, la cual reúne ciertos aspectos: "La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes, difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo" (Roca, 2002).

También se define como "una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de

una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo en gran medida los recuerdos, así como construcciones del presente y del futuro” (Pervin, 1996).

La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. Además de los rasgos emocionales y conductuales relativamente estables y predecibles, que caracterizan a una persona. Estos rasgos y conductas determinan la manera, que cada uno posee de relacionarse con los otros y de enfrentarse con el mundo. Del mismo modo se refiere a aquellos aspectos que distinguen a un individuo de cualquier otro. Asimismo la personalidad persiste a través del tiempo y de las situaciones (Pervin, 1996).

Algunos teóricos ponen énfasis en las experiencias de la primera infancia, otros en la herencia, y otros atribuyen el papel fundamental al medio ambiente. Hay quienes analizan únicamente como se comportan las personas congruentes en distintas situaciones y momentos, restándole importancia al concepto de una personalidad única y consiente. Pero debemos tener claro que la personalidad es algo único de cada individuo, y es lo que nos caracteriza como entes independientes y diferentes.

Su estudio se entrecruza con otras áreas afines de la psicología, es el punto donde convergen los estudios de desarrollo humano y el cambio de anormalidades, competencias y satisfacciones, es sorprendente ya que para muchos psicólogos el sujeto de estudio de la personalidad no es ni más ni menos que la personalidad total (Pervin, 1996).

Hay que aclarar que la personalidad es un constructo, no un objeto tangible, el cual esta conformado por dos aspectos, el nomotético y el ideográfico, el primero se refiere a los aspectos metodológicos y el segundo se refiere a como se aborda el estudio del comportamiento del individuo, esto quiere decir que estudia las razones estructurales de la personalidad de un

individuo, a partir de estas se pueden dar principios de explicaciones hipotéticas-deductivas y crear teorías para poder estudiar la personalidad.

La personalidad se expresa a través de cada conducta, una vez que está conformada es difícil modificarla, los criterios que la estructuran son: *la unidad* que es todas las conductas que están englobando la personalidad, *la estabilidad* se refiere a todas esas conductas que se mantiene constantes sin presentar cambios significativos y también se encuentra *la integración* que es la adquisición de todas las conductas que van a conformar a la personalidad. Todas ellas interactúan de manera recíproca para que se definan y establezca una personalidad (Roca, 2002).

Hoy el científico conoce, acepta y entiende que la personalidad se basa en fundamentos de naturaleza biológica, psicológica y social. Sin embargo, este entendimiento no surge fluidamente de la mera observación, pues la experiencia vital del sujeto le acerca a una posición cartesiana entendiendo la mente y el cuerpo como entidades separadas que se influyen entre sí sólo a veces y de modo misterioso. Es fácil para nosotros entender que existe un fundamento psicológico o social de nuestra personalidad; ello es naturalmente evidente. No obstante, la fundamentación biológica requiere una cierta fe en la relevancia de la investigación científica sobre el tema, que demuestra la compleja y constante relación entre cerebro y mente, personalidad y biología. Además, el concepto mismo de personalidad posee un carácter integrador, lo que obliga evidentemente a tener en cuenta aspectos psicológicos además de los biológicos y sociales (Roca, 2002).

2.2.1 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD

El término personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. Desde un punto de vista científico, todos tenemos una personalidad. Simplemente es nuestra naturaleza biopsicosocial individual.

De la historia del desarrollo individual de cada sujeto, emerge un sentido de funcionamiento psicológico habitualmente fijo. Es a través de la interacción de la disposición constitucional de cada individuo y de las respuestas de su medio ambiente, que las personas van adquiriendo un repertorio de rasgos y conductas, profundamente grabados y difíciles de modificar. La herencia y el medio ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales (West, Rosario y Rojas, 2003).

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen periodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental

La mayoría de los expertos creen que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad. Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad.

Existen varios factores que influyen en la personalidad:

- *Constitución*: Conjunto de aspectos exteriores e interiores de base genético-hereditaria, origen de la reacción funcional.
- *Temperamento*: Es un conjunto de reacciones involuntarias e indeterminadas. Es la fuerza psicológica del organismo, la cual se expresa a través de este, su génesis esta formada por una constitución orgánica congénita, que se refleja en el tipo somático o corpóreo,

morfológico y fisiológico, el sistema endocrino las llamadas glándulas de secreción interna, la sangre, mas exactamente el plasma sanguíneo que nutre al sistema nervioso y la estructura del sistema nervioso y del sistema neurovegetativo. Todas ellas interactúan en su formación en el desarrollo intrauterino (embrionario y fetal) y durante la primera infancia en donde hay tres factores que la componen a) Factores congénitos b) Factores hereditarios y c) Factores exógenos a partir del nacimiento como la cultura, el clima y la alimentación. Todo esto compone el temperamento y a partir de los dos años ya no se puede modificar, solo se puede matizar por medio de la interacción con los padres. El **temperamento** es una de las bases de la personalidad y es lo que rige la vida del sujeto durante los dos primeros años.

- *Carácter:* Se distingue del temperamento porque no es algo orgánico, sino que se forma por la interacción del sujeto con el medio, se relaciona también con las decisiones voluntarias que realiza el sujeto y están condicionadas por el temperamento, el ambiente y otros factores externos. Es un conjunto de reacciones constantes de cada individuo ante condiciones ambientales en que vive. **Para que se forme el carácter** se necesita de funciones psíquicas como **la atención, la memoria, la lógica y la voluntad** el cual es el componente principal del carácter. Al evaluar la personalidad se toman en cuenta las reacciones que el sujeto tenga en forma voluntaria, las cuales dependen del carácter.
- *Actitudes:* Formas de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas. Las actitudes engloban un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

- *Aptitudes*: Rasgos generales y propios de cada individuo que le facilita el aprendizaje de tareas específicas y le distingue de los demás. Las aptitudes aparecen en las distintas etapas de maduración individual, aunque no comienzan a precisarse hasta aproximadamente los 10 años de edad.
- *Rasgos*: Una tendencia a comportarse de una manera particular, como la expresada en la conducta de una persona a lo largo de una serie de situaciones. Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones (Pervin, 1996).
- *Cognición*: Acto o proceso de conocimiento que engloba los procesos de atención, percepción, memoria, razonamiento, imaginación, toma de decisiones, pensamiento y lenguaje.

La personalidad se desarrolla a partir de las bases biológicas y sociales. En relación con el análisis tradicional, la modificación actual ha consistido en atribuir a estas últimas un papel cada vez más activo en la elaboración de la conducta y del individuo. Es frecuente en la psicología estudiarlo sin más, sin tener en cuenta las influencias de los factores ambientales. De manera especial el incremento de las denominadas ciencias del hombre, la sociología, la antropología, la etnología, han sido factores para modificar ese criterio. Si es indiscutible que los factores orgánicos constituyen la base de la personalidad, también lo es la influencia cultural. Una posición intermedia es la de considerar al individuo como producto de ambos factores.

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento.

Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Una suposición esencial de la teoría freudiana es que los conflictos inconscientes involucran deseos y pulsiones (instintos), originadas en las primeras etapas del desarrollo (Hall, 1990). Para comprender la conducta humana, Freud describe un primer esquema del aparato psíquico, el cual se compone de:

- *Consciente*: Esta formado por todo aquello de lo que nos percatamos en un momento dado. Es una delgada corteza de la mente total, que como en un iceberg la punta, lo que se ve en la superficie es el consciente, el inconsciente es la mayor parte que esta oculta bajo la superficie.
- *Inconsciente*: Esta consta de dos partes una es el preconscious y la otra el Inconsciente propiamente dicho.
- *Preconscious*: Esta integrado por los procesos psíquicos de los cuales el sujeto no se percata en un momento determinado, pero que los puede traer a la conciencia con mayor o menor dificultad según el tipo de contenido.
- *Inconsciente propiamente dicho*: Se caracteriza por que sus procesos dinámicos no llegan a la conciencia a pesar de su fuerza e intensidad, ni la voluntad ni la memoria logran hacerlos conscientes. Hay dos tipos de contenido, un Extracto Profundo que tiene que ver con todo aquello que nunca ha sido consciente (lo biológico, fuerzas pulsionales de origen ancestral) y el otro tipo esta contenido por todo lo reprimido desde el comienzo de nuestro desarrollo.

Es conveniente pensar que la personalidad tiene partes o divisiones que llevan a cabo funciones específicas, es decir, que tiene una estructura, este concepto facilita la idea dinámica en el funcionamiento de la personalidad. Sin embargo, no se deben tomar estas partes como realidades concretas o entidades que actúan por si mismas, si no que interactúan entre si. Se distinguen en este modelo: el ello, el yo y el superyó, esta estructura del aparato psíquico interviene en la personalidad de cada individuo (Hall et al., 1990).

La primera instancia, el ello, se refiere a las tendencias pulsionales (entre ellas, las sexuales y las agresivas) que parten del cuerpo y tienen que ver con el deseo, contrarias a los frutos de la educación y la cultura. Freud llamó a estas tendencias *trieb* ('pulsión'). Estas pulsiones exigen su inmediata satisfacción, y son experimentadas de forma placentera por el individuo, pero

desconocen el principio de realidad y se atienen sólo al principio del placer (egoísta, acrítico e irracional).

Cómo conseguir en el mundo real las condiciones de satisfacción de esas pulsiones básicas es tarea de la segunda instancia, el yo, que domina funciones como la percepción, el pensamiento y el control motor, para adaptarse a las condiciones exteriores reales del mundo social y objetivo. Para desempeñar esta función adaptativa, de conservación del individuo, el yo debe ser capaz de posponer la satisfacción de las pulsiones del ello que presionan para su inmediata satisfacción, con lo que se origina la primera tensión. Para defenderse de las pulsiones inaceptables del ello, el yo desarrolla mecanismos psíquicos específicos llamados mecanismos de defensa. Los principales son: la represión —exclusión de las pulsiones de la consciencia, para arrojarlas a lo inconsciente—, la proyección —proceso de adscribir a otros los deseos que no se quieren reconocer en uno mismo— y la formación reactiva —establecimiento de un patrón o pauta de conducta contraria a una fuerte necesidad inconsciente. Tales mecanismos de defensa se disparan en cuanto la ansiedad señala el peligro de que las pulsiones inaceptables originales puedan reaparecer en la conciencia.

El superyó, que según la teoría freudiana se origina en el esfuerzo de superar el complejo de Edipo, es parcialmente inconsciente, debido a que tiene una fuerza semejante (aunque de signo opuesto) a la de las pulsiones, y puede dar lugar a sentimientos de culpa que no dependan de ninguna transgresión consciente. El yo, instancia mediadora entre las demandas del ello, las exigencias del superyó y el mundo exterior, puede no tener el poder suficiente para reconciliar estas fuerzas en conflicto. Es más, el yo puede coartarse en su desarrollo al ser atrapado en sus primeros conflictos, denominados fijaciones o complejos, pudiendo volverse hacia modos de funcionamiento primarios en el desarrollo psíquico y hacia modos de satisfacción infantiles. Este proceso se conoce como regresión. Incapaz de funcionar normalmente, el yo sólo puede mantener su control limitado y su integridad desarrollando síntomas neuróticos, a través de los cuales se expresa la tensión del aparato psíquico (Kolb, 1951).

Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como B. F. Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas —hay castigo— la probabilidad de repetirse será menor. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta-consecuencia. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento —las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje— se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera.

2.2.2 TEORÍAS DE LOS RASGOS

Cada una de las teorías que explican la personalidad enfatizan los conceptos estructurales, estos se refieren a las cualidades relativamente duraderas que son importantes en la explicación de las diferencias individuales. Como elementos estructurales en las teorías factoriales se usa el concepto de rasgo, que supone que la conducta conserva algún patrón y regularidad con el paso del tiempo y a través de las situaciones. Los rasgos se definen como las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo piense, sienta y actúe, de manera característica (La personalidad, diferencias entre los individuos, 2004).

La suposición básica del punto de vista de los rasgos es que la gente posee predisposiciones claras, para comportarse de una manera en particular. O bien que son tendencias relativamente estables a comportarse de una determinada manera, pueden ser específicos o comunes, pueden tener origen hereditario o educativo, pueden ser superficiales o profundos. Los rasgos son descriptores que utilizamos para caracterizar la personalidad, pero no siempre es claro cómo llegamos a esas descripciones de la personalidad.

Es así como las teorías de rasgo, es decir las teorías factoriales, proponen que la gente tiene claras predisposiciones a responder de cierta manera y que existe una organización jerárquica de la personalidad

La utilización de los términos del rasgo para describir diferencias individuales empezó con los primeros intentos para clasificar a la gente por categorías. El énfasis en el concepto de rasgo como un elemento fundamental de la personalidad se remonta a los inicios de la psicología como una parte distinta de ella. Allport en 1937 sugirió que los rasgos eran los elementos fundamentales de la personalidad, Stagner en el mismo año sugirió que los rasgos son los elementos de la personalidad. Desde entonces el concepto de rasgos ha pasado por periodos de aprobación y desaprobación. A pesar de que no siempre se está de acuerdo sobre como definir y medir el rasgo, si están de acuerdo en dos aspectos:

1) Los rasgos hacen referencia a continuidades o a consistencias generales de comportamiento en la conducta de la gente. Como tales, los rasgos representan categorías básicas de diferencias individuales en funcionamiento. Por lo tanto describir a alguien con un rasgo es describir una característica general y diferenciar a aquella persona de otras que no tiene ese rasgo.

2) Como descriptores de estas amplias diferencias de funcionamiento, los rasgos son útiles como elementos básicos de la personalidad.

2.2.2.1 TEORÍA DE LOS RASGOS DE GORDON W. ALLPORT

Gordon Allport estudia la personalidad como una construcción dinámica, psicofísica, con autonomía funcional, determinante y con perfiles de exclusividad individual (Gordon Allport, 2002). Consideraba que los rasgos eran los elementos estructurales básicos de la personalidad, pensaba que un rasgo era una predisposición para responder de una forma determinada. Un rasgo conducía a la consistencia en la respuesta porque reunía varios estímulos

<funcionalmente equivalentes> y presentaba diversas formas de conducta inadaptativa y expresiva.

Allport creía que los rasgos se basaban en diferencias biológicas y físicas de la gente. Distinguió entre rasgos personales o disposiciones personales, finalmente cambió el concepto por disposiciones. Una disposición personal se define como “una estructura neuropsicológica generalizada (peculiar del individuo), con la capacidad de interpretar y manejar muchos estímulos funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) con un comportamiento adaptativo y estilístico”.

Una disposición personal produce equivalencias en función y significado entre varias percepciones, creencias, sentimientos y acciones que no son necesariamente equivalentes al mundo natural o a la mente de cualquier otro. Otra forma de decirlo sería que las disposiciones son concretas, fácilmente reconocibles y consistentes en nuestro comportamiento.

Allport sugirió varias categorías distintas de rasgos. Una distinción tenía que ver con si los rasgos podían ser utilizados para describir a la gente en general o sólo a una única persona- esto se conoce con el principio nomotético-idiográfico. Creía que era importante desarrollar los elementos rasgo que aplicaban a todo el mundo (énfasis nomotético). De todos modos también insistió en la importancia de la persona y sugirió que había rasgos que podían ser únicos de la persona (énfasis en lo ideográfico). Una segunda distinción tenía que ver con como era de dominante y ampliamente descrito un rasgo. En ese aspecto Allport distinguió entre rasgos comunes, rasgos centrales, rasgos cardinales y rasgos secundarios (Pervin, 1996).

- ✓ Los rasgos comunes son parte de esa cultura y que cualquiera reconocería y nombraría reconoce que dentro de cualquier cultura particular,
- ✓ Los rasgos centrales son comunes, y aunque no siempre, a menudo son observables en el comportamiento, son la piedra angular de la personalidad
- ✓ Los rasgos secundarios, son atributos que no constituyen una parte vital de la persona, no son tan obvios o tan generales, o tan consistentes. Las

preferencias, las actitudes, los rasgos situacionales, son todos secundarios.

- ✓ Los rasgos cardinales, son relativamente poco frecuentes, son tan generales que influyen en todos los actos de una persona y prácticamente definen sus vidas (Gordon Allport, 2002).

Allport pensaba que los rasgos son esencialmente únicos de cada persona. Por esta razón, defiende con fortaleza lo que él llama métodos ideográficos (métodos que se focalizan en el estudio de un solo individuo a través de entrevistas, análisis de las cartas o diarios, y demás. Actualmente conocemos este método como cualitativo)

Los rasgos de personalidad también van acompañados de improntas no solo biológicas, sino de educación, con lo que es importante tomar en cuenta todos los factores constituyentes de la persona.

Allport estaba interesado en los aspectos estructurales, organizados y globales del funcionamiento individual más que en lo que él consideraba elementos abstractos que no podían relacionarse con las personas de forma significativa (Pervin, 1996).

2.2.2.2 LA PSICOLOGIA DEL RASGO DE RAYMOND B. CATTELL

La teoría de la personalidad de Raymond B. Cattell está fundada en la técnica estadística del análisis factorial y sirve de puente de unión entre las teorías clínicas y las experimentales. Raymond B. Cattell tuvo aportaciones extensas que incluyen no sólo la aplicación del análisis factorial a los rasgos de la personalidad y a la evaluación de la personalidad, sino también aportaciones en las áreas de la inteligencia y la herencia de la personalidad, así como en otras áreas.

El elemento estructural básico en su teoría, es el rasgo. El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de

conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento (Un enfoque analítico-factorial de la personalidad: la teoría de los rasgos de Raymond B. Cattell, 2004).

Podemos establecer una distinción entre:

- ✓ Los rasgos superficiales: son expresivos de conductas, que superficialmente pueden aparecer unidas, pero que de hecho no covarían conjuntamente, ni tienen una raíz, causal común. Estos rasgos pueden ser descubiertos a través de métodos subjetivos.
- ✓ Los rasgos fuente o rasgos profundos: son expresivos de una relación de conductas que covarían conjuntamente, de modo que forman una dimensión de personalidad unitaria e independiente.
- ✓ Cattell también distingue entre ergios y sentimientos:
- ✓ Ergios: son factores que reflejan las fuerzas de los impulsos biológicos innatos.
- ✓ Sentimientos: son factores que reflejan pautas de conducta determinadas por el ambiente.

Un ergio es una tendencia innata a reaccionar de una forma específica ante ciertos objetivos. La expresión externa puede haber sido afectada por el proceso de socialización, pero existe un marcado carácter innato, teniendo en cuenta que estos ergios van asociados a cualidades emocionales y objetivos biológicos que permanecen constantes en diversas culturas.

Los sentimientos tienen su fuente en instituciones sociales como la familia o la escuela. Representan pautas de actitudes no innatas sino adquiridas (Un enfoque analítico-factorial de la personalidad: la teoría de los rasgos de Raymond B. Cattell, 2004).

Según Cattell, los rasgos están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente. La conducta del individuo ante una situación

dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de otras variables transitorias que pueden intervenir en esta situación (Un enfoque analítico-factorial de la personalidad: la teoría de los rasgos de Raymond B. Cattell.)

Cattell hizo aportaciones a la psicología; la primera de ellas fue su interés en las causas determinantes y el desarrollo de los rasgos. Para estudiar las causas determinantes, desarrolló un método para establecer cuánto influyen la herencia y el ambiente en el desarrollo de los distintos rasgos. A pesar de que se descubrió que las influencias relativas de la herencia y el ambiente variaban considerablemente, se estimó que la personalidad en conjunto estaba determinada por el ambiente en dos terceras partes y una tercera parte por la herencia (Hundleby, Pawlik, y Cattell, 1965). La investigación en esta área, conocida ahora como investigación genética de la conducta, ha progresado considerablemente desde estos estudios de Cattell. Su investigación en esta área es notable.

Asimismo de este interés en las causas determinantes de los rasgos, Cattell investigó la progresión del desarrollo del rasgo a lo largo del tiempo. Gran parte de esta investigación sugería que los mismos factores básicos del rasgo se podían descubrir en niños, adolescentes y adultos (Coan, 1966). También descubrió pruebas de una considerable cantidad de estabilidad en un rasgo, especialmente cuando el individuo envejece (Cattell, 1965).

La segunda aportación es el interés de Cattell por los aspectos dinámicos de la personalidad así como por sus aspectos estructurales, por los aspectos de la personalidad variable y cambiante así como por sus aspectos estables. Reconoció que la manera de comportarse de una persona en un momento cualquiera depende de muchos factores motivacionales y situacionales. Por lo tanto, también utilizó técnicas del análisis factorial para trazar una taxonomía de motivos e intentó desarrollar una fórmula para predecir la conducta basada en los rasgos pertinentes y las variables situacionales.

2.2.2.3 LA PSICOLOGÍA DEL RASGO DE HANS J. EYSENCK

La teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética. Aunque es un conductista que considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que nuestras diferencias en las personalidades surgen de nuestra herencia. Por tanto, está primariamente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento.

Sus métodos comprenden una técnica estadística llamada análisis factorial. Difiere de Cattell en dos aspectos fundamentales. Primero, destaca menos dimensiones de rasgo que Cattell, prefiriendo funcionar al nivel de los tipos que son la base de los factores o rasgos enfatizados por Cattell. Segundo, más recientemente ha hecho un mayor esfuerzo para relacionar las diferencias individuales en los rasgos con las diferencias en el funcionamiento biológico.

Al igual que Cattell, Eysenck utiliza el análisis factorial para determinar las dimensiones de la personalidad, así destaca los rasgos como respuestas habituales que tienen tendencia a ir juntas. La investigación original de Eysenck nos mostró dos dimensiones principales de temperamento: neuroticismo y extraversión-introversión. Posteriormente Eysenck destaca tres dimensiones básicas de la personalidad: Introversión-Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo (Teorías de la Personalidad, 2005).

NEUROTICISMO

Una dimensión que oscila entre aquellas personas normales, calmadas y tranquilas y aquellas que tienden a ser bastante “nerviosas”. Su investigación demuestra que estas últimas tienden a sufrir más frecuentemente de una variedad de “trastornos nerviosos” que llamamos neurosis, de ahí el nombre de la dimensión. Pero debemos precisar que él no se refería a que aquellas personas que puntuaban alto en la escala de neuroticismo son necesariamente neuróticas, sino que son más susceptibles a sufrir problemas neuróticos.

Eysenck estaba convencido de que ya que todo el mundo se puntuaba en algún punto de esta dimensión de normalidad a neuroticismo, era esto un indicador verdadero del temperamento, Eysenck hipotetizó que algunas personas tienen una mayor respuesta simpática que otras. Algunas se mantienen muy calmadas durante situaciones de emergencia; otras sienten verdadero pánico u otras emociones y algunas otras se aterrorizan con situaciones menores. El autor sugiere que estas últimas tienen un problema de hiperactividad simpática, lo que les hace ser candidatos principales a sufrir variados trastornos neuróticos (Teorías de la Personalidad, 2005).

EXTRAVERSIÓN-INTROVERSIÓN

Esta segunda dimensión se parece mucho a lo que Jung decía, en los mismos términos y algo muy similar también a nuestra comprensión bajo el sentido común de la misma: personas tímidas y calmadas versus personas echadas para adelante e incluso agitadas. Esta dimensión también se halla en todas las personas, pero su explicación fisiológica es un poco más compleja.

Eysenck hipotetizó que la extraversión-introversión es una cuestión de equilibrio entre “inhibición” y “excitación” en el propio cerebro. La excitación es el despertar del cerebro en sí mismo; ponerse a alerta; estado de aprendizaje. La inhibición es el cerebro “durmiente”, calmado, tanto en el sentido usual de relajarse como en el de irse a dormir o en el sentido de protegerse a sí mismo en el caso de una estimulación excesiva.

Alguien que es extravertido, decía Eysenck, tiene una buena y fuerte inhibición: cuando se le enfrenta a una estimulación traumática, el cerebro del extravertido se inhibe, lo que significa que se vuelve “insensible” al trauma y por tanto recordará muy poco de lo que ha ocurrido. Por otro lado, el introvertido tiene una pobre o débil inhibición: cuando hay un trauma, su cerebro no le protege lo suficientemente rápido; no se “apaga” en ningún momento. Más bien están muy alertas y aprenden bastante, de manera que pueden recordar todo lo que ha pasado (Teorías de la Personalidad, 2005).

PSICOTICISMO

Eysenck empezó a llevar sus estudios a las instituciones mentales de Inglaterra. De la misma forma que el neuroticismo, la alta puntuación en psicoticismo no necesariamente indica que era una persona psicótica, si no que tiene cualidades que se hallan con frecuencia entre psicóticos, y que probablemente serán más susceptible, en ciertos ambientes, a volverte psicótico.

Efectivamente, como podríamos imaginarnos, los tipos de cualidades halladas entre puntuaciones altas en esta dimensión incluyen una cierta temeridad; una despreocupación por el sentido común o convenciones; y un cierto grado de expresión inapropiada de la emoción. Es esta la dimensión que separa a aquellas personas que terminan en instituciones del resto de la humanidad (Teorías de la Personalidad, 2005).

2.2.3 MEDICIÓN DE LA PERSONALIDAD

La mayoría de las teorías sobre la personalidad comparten la premisa de que en el individuo existen atributos estables que se traducen en pautas de conducta consistentes en el tiempo y en diferentes contextos, los llamados «rasgos de personalidad». Los rasgos son, por tanto, «disposiciones latentes» que sirven para describir de forma abreviada regularidades conductuales en la interacción con elementos ambientales, lo que explicaría tanto la consistencia como la variabilidad del resultado final.

La personalidad se va a entender como una *estructura factorial* cuya definición y tipificación pasa, en consecuencia, por la identificación de los factores constituyentes y cuyo diagnóstico en cada caso concreto habrá de expresarse por un perfil en el cual se representen las puntuaciones. Toda una prestigiosa y potente corriente que sostiene esta postura, arranca, como acabamos de ver, en Spearman, pasa por Cattell y las investigaciones que dieron lugar al tan utilizado 16PF, y termina en la literatura actual en la concepción de la personalidad como una estructura constituida por cinco factores fundamentales que origina, como es natural, un instrumento que permite medirlos y cuantificarlos. Es el modelo conocido como "*Five-Factor Model*", también conocido popularmente como "*Big Five*".

Los factorialistas son, además del ya mencionado Catell, Thurstone, Gilford, Eysenck y, por supuesto, todos los actuales defensores el modelo *Big Five* entre los que se encuentran Costa, Mc Crae y Digman. Pero también son factorialistas los autores del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI), así como Cloninger, para mencionar a los que han intentado aproximarse «desde la patología» a una concepción factorial o semifactorial de la personalidad y sus trastornos.

La relación entre individuo, situación y conducta es, por tanto, recíproca y orientada, en general, a un resultado adaptativo. Cuando esta interacción se torna inflexible suele dar resultados no adaptativos, uno de los criterios para definir la existencia de un trastorno de la personalidad.

Desde este nivel, el de los rasgos, hay que dar un paso más para llegar a las conductas concretas que se consideran típicas de éstos; aquí se encontrarían las percepciones, cogniciones o respuestas disfuncionales o mal adaptadas que se manifiestan de manera habitual, en general en contextos interpersonales, y que ya son directamente observables o al menos referibles por el sujeto. Finalmente, las clasificaciones construidas con criterios operativos deben dar un nuevo paso para definirlos de manera lo más clara posible a partir del nivel anterior (Fig. 1)

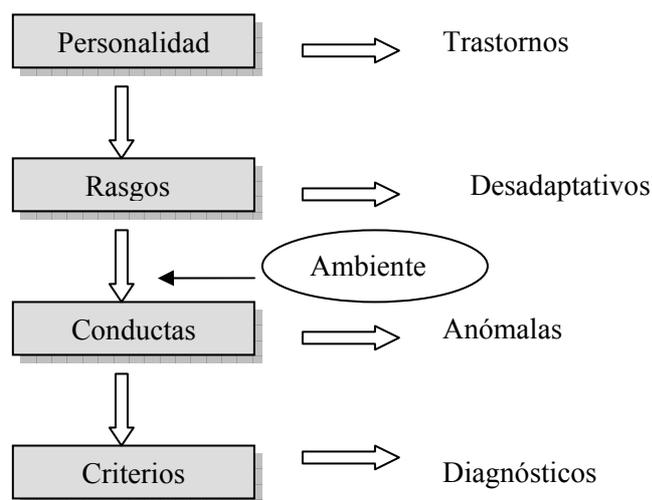


Fig. 1 Niveles de elaboración en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

La personalidad, por lo regular, se analiza mediante la clasificación de conductas dentro de varias categorías, que representan las dimensiones que tiene aquella. Por ser la personalidad una estructura compleja, no es extraño que los teóricos discrepen en cuanto al número e inclusividad de las dimensiones que suelen describir. Se usan diferentes técnicas para llegar a la descripción de las dimensiones que han de seleccionarse (Roca et al., 2002)

Los métodos codificados de evaluación psicológica de la personalidad (los test de personalidad), se basan generalmente en cuestionarios de preguntas cerradas sobre hábitos personales, creencias, actitudes y fantasías; Del análisis de sus manifestaciones, a través de complejos sistemas de codificación y de interpretación, el analista deduce aspectos esenciales de la dinámica de la personalidad del individuo (West, Rosario y Rojas, 2003).

2.3 LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se ha definido la personalidad en múltiples formas; algunas de ellas se refieren solamente a las manifestaciones externas de la conducta, mientras que otras consideran también las experiencias subjetivas del hombre; para cada una de las escuelas de la Psicología se han definido los trastornos de la personalidad de forma distinta.

Para la psiquiatría el término personalidad incluye ambos aspectos de la experiencia individual. La personalidad se considera como las pautas recurrentes de la conducta, características de cada individuo. Estas pautas, exclusivas de la persona, se manifiestan como respuestas a las tensiones súbitas y persistentes de la vida.

Un trastorno de personalidad en general se caracteriza por ser un patrón de relación, percepción, comportamiento y pensamiento permanente e inflexible lo suficientemente serio como para causar angustia así como para impedir que quien lo padece se relacione plenamente con el entorno. Generalmente se manifiesta en la adolescencia o bien al principio de la edad

adulta. El trastorno se mantiene estable a lo largo del tiempo, por lo que comporta malestar y perjuicios para el sujeto (Roca, 2002).

1. PAUTAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EL DSM-IV

A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos

B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo

La clasificación del DSM-IV de los trastornos de personalidad:

GRUPO A: SUJETOS EXTRAÑOS O EXCÉNTRICOS

1. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva
2. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.
3. TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD: *Anormalidades* de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.

Según M. Valdes (1991) los sujetos de este grupo serian: introvertidos, desajustados emocionalmente e independientes.

GRUPO B: SUJETOS TEATRALES Y/O IMPULSIVOS

1. TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.
2. TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

3. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
4. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

GRUPO C: SUJETOS ANSIOSOS O TEMEROSOS

1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN: Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.
2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.
3. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

2.3.1 PERSONALIDAD ADICTIVA, TRASTORNOS RELACIONADOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Adicto, etimológicamente significa esclavo. El sustantivo adicción designa en castellano la inclinación o el apego de algo o alguien. El adjetivo adicto, por su parte, define a la persona francamente propensa a la práctica de algo o partidaria de algo. El adicto parece así como el despojado: es aquel que ha perdido su identidad y, simultáneamente, el que ha adoptado una identidad impropia como único modo posible de saldar su cuenta (Kalina y Kovadloff, 1987).

La personalidad adictiva o la personalidad predispuesta al abuso de sustancias se aceptó durante mucho tiempo como causa primaria del consumo. Por lo tanto se consideraba que la adicción es un trastorno secundario, y ello condicionó gran parte de los primeros estudios sobre la personalidad de los sujetos que presentaban algún tipo de conducta adictiva (Roca, 2002).

Algunos autores consideran a los trastornos de personalidad una consecuencia del trastorno adictivo, por lo que serían trastornos inducidos, mientras que otros sostienen que son los trastornos de la personalidad los que propician el consumo patológico de sustancias psicotropas (Roca, 2002).

Inicialmente, las características del tipo de personalidad que podían facilitar el consumo de tóxicos eran bastante inespecíficas; así, por ejemplo, se describió que los rasgos de depresión, inmadurez sexual, hostilidad e impulsividad para resolver problemas predisponían al consumo de alcohol.

La comorbilidad del trastorno antisocial y los trastornos adictivos es un hecho conocido. Millon y Davis describen el gran solapamiento que existe entre los trastornos antisociales y los relacionados con el consumo de sustancias. El trastorno antisocial de la personalidad se considera el más frecuente entre los sujetos consumidores, aunque algún trabajo ha detectado una presencia mayor del trastorno límite de la personalidad. La prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad es del 3-48 % entre los consumidores de cocaína, del 7-48 % entre los de heroína y del 1-62 % entre los policonsumidores, y en los dependientes de opiáceos se detecta, aproximadamente, entre el 25 y el 50% (Roca, 2002).

La interpretación de la comorbilidad de los trastornos antisociales de la personalidad con los trastornos por consumo de sustancias es aún un tema discutido. Hay que tener en cuenta que este consumo es uno de los criterios diagnósticos del trastorno antisocial en el DSM-IV-TR y que el diagnóstico de dicho trastorno se considera la característica que más se relaciona significativamente con ese consumo. Sin embargo, diversos autores han criticado los estudios que proponen esta relación porque presentan varios fallos metodológicos.

La prevalencia del trastorno límite en consumidores de drogas varía entre un 11 y un 69 %, y se les considera el segundo grupo de comorbilidad de los trastornos de la personalidad con trastornos adictivos. En pacientes dependientes de opiáceos la prevalencia del trastorno límite de la personalidad se sitúa entre el 13.4 y el 17.6%. Sin embargo, aún no hay estudios amplios sobre

la comorbilidad en los consumidores en general. En trabajos sobre pacientes con trastorno límite, las sustancias más consumidas son el alcohol y los sedantes entre las mujeres, y los estimulantes entre los hombres.

La personalidad adictiva no solo se ha estudiado desde la perspectiva de un trastorno de la personalidad en la psiquiatría, diversas corrientes se han preocupado por darle una explicación a la personalidad adictiva o la persona predispuesta a consumir drogas (Roca, 2002).

El origen del modelo basado en la personalidad adictiva depende de dos importantes fuentes:

1. La conceptualización de la adicción como enfermedad, identificando alguna afección del individuo que pudiera propiciar la conducta adictiva.
2. El enfoque de las escuelas psicoanalíticas, en las décadas de los años 1940 y 1950.

La aceptación de la probable existencia de una personalidad adictiva permite una explicación univariable y parcial del abuso de sustancias psicotóxicas, de acuerdo con algunos autores; estos abordaron los trastornos por consumo de sustancias como resultado de fallos en la estructuración del psiquismo individual. El uso de la sustancia era un síntoma más, dentro del conjunto de conductas expresadas, cuyo aspecto inconsciente era la fijación a etapas primarias del desarrollo libidinal, al conflicto entre los deseos (necesidades, motivos, pulsiones) y los miedos.

La psicología se ha interesado en darle explicación a las adicciones, sus diferentes ramas han investigado y han creado modelos que puedan explicar porque las personas llegan al uso y abuso de sustancias psicotóxicas. Cada una de las escuelas de la psicología da su opinión de esta problemática que incide en muchas contradicciones y converge en ocasiones.

Tres puntos de vistas son recurrentes en la literatura sobre la adicción: la adicción como una enfermedad mediada biológicamente, la adicción como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos y la adicción como un objeto transicional o su equivalente

En el primer punto de vista **la adicción como una enfermedad mediada biológicamente** puede considerarse como un intento de ubicar al impulso dentro de las vías mesotelencefálicas de dopamina del cerebro. La visión neurobiológica de la adicción, incluye como un principio importante y central el que de todas las sustancias químicas derivadas de plantas que los humanos han ingerido, se han encontrado solo algunas pocas que imitan de alguna forma un proceso natural que afecta partes del cerebro. El proceso de dotar a los estímulos de un carácter de incentivo tiene tres pasos: (1) el placer es la consecuencia de un acontecimiento o acto particular; (2) el placer se asocia a una representación del objeto, acto, acontecimiento o lugar en que la experiencia de placer tuvo lugar, a través de un condicionamiento clásico (por asociación); (3) se atribuye la connotación de incentivo a las percepciones siguientes y a las representaciones mentales asociadas al objeto, acontecimiento, acto o lugar asociados, lo que hace que estas sean “deseadas. Robinson y Berridge 2003, señalan la posibilidad de que este proceso en su totalidad, o parte de este, pueda suceder de forma inconsciente. No es necesario darse cuenta que uno se haya influenciado por un deseo compulsivo para desear algo.

En el segundo punto de vista **adicción como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos** Khantzian (1985, 1997), afirma simplemente que las drogas alivian el sufrimiento y que la preferencia por una droga en particular supone algún grado de especificidad psicofarmacológica. La hipótesis de la automedicación se confirma constantemente cuando se escuchan los relatos que hacen los pacientes de cómo responden a los estados afectivos intolerables mediante el uso de drogas

En el tercer punto de vista **la naturaleza objetal/objeto transicional de una adicción**, la formulación original de Winnicott del objeto transicional (1951) describía a éste como una adicción, Kernberg (1975) describe diversas dinámicas objetáles en la adicción: puede reemplazar a un imago parental en la depresión o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o puede alimentar un sentimiento grandioso del Self en el narcisismo. Johnson (1993) define a la adicción como una actividad ostensiblemente placentera que causa

daño repetido debido a que la persona involuntariamente e inintencionadamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que podemos referirnos como 'negación', se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo adicto continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales”.

López (1991) propone que para poder explicar a la personalidad adictiva y a las adicciones se utilice un modelo de relaciones objetales el cual se explica de acuerdo a un enfoque Kleiniano, dice que hay dos tipos de adicción, la adicción-defensa en la que droga predomina por su toxicidad sobre la mente, por el cambio que traduce en los mecanismos defensivos del yo, ya sean ansiolíticos, estimulantes o regresivos. Es ante todo un medio y no el fin, instrumento y no propósito, a diferencia del segundo tipo de adicción; las adicciones-estructura, en donde la droga, parece ser más bien un fin en sí misma, dominando su grado representativo, o simbólico. En los adictos, la droga vale por los efectos tóxicos que genera, su importancia es consecuencia de su poder real, de sus características químicas intrínsecas; en cambio en el último grupo, la droga es material de representación, es ante todo un *fetiché*.

La adicción-defensa implica un menor compromiso del yo en la defensa, es decir, la relación es más triangular que narcisista, más bien una falla en el proceso de simbolización de los padres edípicos: aunque la figura del padre esté representada internamente, la identificación carece de la fuerza suficiente para garantizar un rescate de la simbiosis materna. El padre no parece avalar la diferenciación entre los hijos y la madre, lo que a la larga se traduce en una intensa angustia, sin esperanza, tanto de castración como de exclusión, con profundos sentimientos de ambivalencia hacia ambos padres. Con frecuencia, el padre real externo utiliza mecanismos esquizoides para defenderse de procesos melancólicos de fondo, mostrándose como una figura distante, evasiva o indiferente. Tampoco resulta extraño observar en ambos padres, dependencias a drogas como la nicotina, el alcohol o los patentados (López, 1991).

Esto ha dado pie a que los estudiosos de la terapia familiar se interesaran en la organización de una familia psicotóxica (Kalina, 2002). Las familias cambian en un proceso adaptativo en el tiempo y en el juego de sus interacciones diarias exploran, prueban, se incorporan en el juego de sus interacciones, de sus relaciones y se protegen a otras para sobrevivir como familia.

El adicto experimenta del sistema familiar micro y macro abandonos precoces y donde se ha podido observar la ausencia de la Ley del Nombre Padre aunque el padre real este presente, lo que da como consecuencia que el individuo adicto codifique como lógicos, los mensajes ilógicos enviados desde su sistema sociofamiliar y medio ambiental, visualizándolo por lo tanto como poseedor de una estructura psicótica (Kalina, 2000).

Aquellos que serán adictos se desarrollan en un ambiente social y familiar lleno de contradicciones en un nivel conceptual, es decir, los padres del adicto exigirán de su hijo una actitud y un comportamiento que ellos mismos no son capaces de actuar, siendo esta una conducta inductora, que lleva, por ejemplo a la persona a fumar o beber impulsivamente ante cualquier situación de mucha ansiedad, ante cualquier dificultad de la vida y al mismo tiempo expresar verbalmente que “esta mal usar drogas”, dicho modelo es repetido de la formula familiar que le fue enseñado al adicto como los mensajes ilógicos y contradictorios que para él tienen lógica (Kalina, 2000).

Los fundamentos en los cuales se basa la adicción de uno o mas miembros de una familia los constituyen verdaderos delirios crónicos y sistematizados, que no responden al juicio de realidad ni a la prueba de la experiencia, y donde el individuo es capaz de renunciar en mayor o menor medida, ya sea lenta o rápidamente a su propia vida, a favor del sistema familiar.

Se ha encontrado un patrón prototípico para familias de adictos donde la madre esta involucrada en una reacción indulgente, apegada, sobre protectora, abiertamente permisiva con el adicto, que ocupa la posición del hijo favorecido.

A menudo es malcriado, para la madre es el hijo "más fácil de criar" y generalmente era bueno cuando era niño. El padre del adicto señalan que el padre era distante desapegado, débil o ausente. Las relaciones padre-hijo se describen como muy negativas con una disciplina ruda e incoherente. Se describen dos tipos de padre: el "hombre paja" autoritario y violento, pero fácilmente controlado por la madre y un tipo distante que esta claramente en segundo lugar de la madre en lo que concierne al poder dentro de la familia. En contraste con los varones, las mujeres parecen estar en abierta competencia con las madres (a quienes consideran como sobre protectoras y autoritarias), mientras que sus padres suelen caracterizarse como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo adictos a una algo (Stanton, Todd, y cols, 1985).

El adolescente drogadicto proviene predominantemente de dos clases de familias: las simbióticas y las cismáticas. En este último tipo de familias lo característico es la dificultad para establecer relaciones con más de un miembro del grupo por vez. Sólo este férreo exclusivísimo les permite preservar la indiferenciación y de la confusión interpersonal en que suelen caer al vincularse.

Es evidente, en consecuencia, la frágil identidad que suelen presentar los integrantes de la familia cismática. Únicamente la distancia con respecto a los demás garantiza en estos casos la propia integridad. En cambio, en las familias simbióticas esta distancia ha sido abolida y la dependencia reciproca alcanza aquí los rasgos francamente patológicos. Sus integrantes han perdido la capacidad preservarse diferenciados del resto del grupo primario (Kalina y Kovadloff, 1987).

Se reconoce que los adictos suelen presentarse como individuos dependientes e inadaptados que a menudo se derrumban, al parecer no funcionan porque son demasiado dependientes y no están preparados para asumir responsabilidades, como si necesitaran protección. Temen ser aislados o separados. Se ha observado que cuando el adicto empieza a triunfar se encamina en cierto modo al abandono de la familia, lo interesante es que en

este punto una crisis se desencadena casi inevitablemente en la familia: los padres riñen o se separan un progenitor desarrolla síntomas, o un hermano se convertirá en un problema. Ante esto el adicto retoma la conducta de fracaso y el otro problema familiar se disipa. Se vio que este patrón con tanta frecuencia que resulta evidente que no solo el adicto temía separarse de la familia, sino que la familia se sentía igual respecto de él. Esta función protectora servía para mantener unida a la familia (Stanton, Todd, y cols, 1985).

Las drogas que integran los tóxicos que se consumen en las grandes capitales del mundo contemporáneo no son sino otros tantos paliativos de la desolación existencial. Actualmente las drogas y la toxicomanía en todas sus formas configuran la ilusoria muralla detrás de la cual busca amparo el adicto que intenta salvarse del exterminio que lo amenaza tanto subjetiva como objetivamente (Kalina y Kovadloff, 1987).

Algunos humanistas opinan que las adicciones son como un mecanismo empleados para buscar alivio, drogarse es una posibilidad de resignarse, amordazando el dolor que implica esa resignación, a no poder extirpar de raíz las causas del mal que nos aflige. La drogadicción es un conformismo social (Cañas, 2004).

El fenómeno de la adicción es síntoma de un malestar profundo que marca la cultura y en el sentido ético de la sociedad actual. Hace que las personas permanezcan en un estado de permanente insatisfacción existencial, bajo el influjo de la adicción. La adicción «tiene que considerarse como el síntoma de un malestar existencial, de una dificultad [de la persona] para encontrar su lugar en la sociedad, de un miedo al futuro y de una fuga hacia una vida ilusoria y ficticia» (Pont. Cons., 2002).

Cualquier situación incitadora de placer autonomizado puede acabar generando dependencia, y la mayor parte de las conductas compulsivas nacen de hábitos de comportamiento de los que la persona es responsable en última instancia. Es decir, las características psicosociales de cada persona son las

que determinan y modulan la vía concreta y particular hacia un tipo de adicción (Cañas, 2004).

De la vivencia particular de estas experiencias adictivas se desprende ya una idea antropológica clave, considerar *la libertad personal* mayor de lo que normalmente se le atribuye, o al menos en la misma proporción que normalmente se le atribuye al fatalismo. Los adictos se sienten movidos por una fuerza compulsiva, irracional e irresistible de satisfacer una «necesidad inmediata» (Rojas Marcos, 2000,) Con el añadido de que, pasado cierto tiempo inicial, la persona adicta se lanza por la pendiente autodestructora de su hábito adictivo en busca de adormecimiento más que de placer (Cañas, 2004).

El fenómeno reviste especial gravedad porque los nuevos consumidores suelen: ser personas muy jóvenes, que hasta cierto punto es lógico que no lo reconozcan. Lo grave está en que tampoco así lo perciben ni sus familias ni la sociedad en general. El problema, por tanto, es la generación de una mentalidad adictiva que afecta a todos los niveles sociales y también entre los adultos y ancianos, como bien observa M. Picchi: «la búsqueda de una muleta farmacológica [psicofarmacológica] para sobrellevar cualquier malestar físico o psíquico, por pequeño que sea, no es exclusiva de los jóvenes».

La filosofía, la psicología y la sociología confirman que la primera causa que empuja a los jóvenes y adultos al mundo adictivo es la falta de claras y convincentes motivaciones de vida, la falta de puntos de referencia, el vacío de los valores, la convicción de que nada tiene sentido y que, por tanto, no vale la pena vivir, el sentimiento trágico y desolador de ser viajeros desconocidos en un universo absurdo que empuja a las huidas exasperadas y desesperadas.

Es sabido que el perfil de las adicciones sobrepasa hoy la cuestión toxicológica: su gravedad procede sobre todo de su amplitud y su aceptación social. Hace más de una década ya se hablaba de «cultura adictiva» dentro del marco de las «conductas adictivas» (Graña, 1994), pero aún se hacía ciñendo el discurso a las toxicomanías. Efectivamente, las drogas son un problema social grave a escala planetaria, y el número de drogadictos inexorablemente

va en aumento, mientras la lucha de los gobiernos tiene poco éxito porque no se abordan los factores existenciales y culturales profundos de las personas. La realidad de la persona adicta hace referencia a un riguroso marco de procedencia: la persona adicta vive exclusivamente desde su adicción.

En todo caso, las adicciones no deben ser tratadas como un problema exclusivo y preferentemente sanitario, ni psiquiátrico, ya que el «dependiente» no es solo un enfermo que padece una enfermedad física y mental sino que también afecta la relación que tenga con el medio ambiente.

Durante años, los expertos de todo el mundo han discutido sobre si es posible definir que tipo de individuo puede caer más fácilmente en la adicción. Esa información sería utilísima, sin duda, pues permitiría a los médicos proteger a los pacientes con mayor riesgo (Coleman, 1986).

Alan R. Lang, profesor de psicología de la universidad del Estado de Florida, describió algunos rasgos de la personalidad adictiva, aunque Lang afirma que «no existe una única personalidad», apunta hacia «factores significativos de personalidad» que contribuyen a la adicción de cualquier tipo (drogas, alcohol, comida, juego, etcétera). En el listado de Lang son prominentes la conducta impulsiva, la dificultad para aplazar las gratificaciones, y la búsqueda de sensaciones. Encontró que la personalidad antisocial, el inconformismo y el poco interés por los objetivos valorados usualmente por la sociedad indican un potencial para la adicción, y también una gran tolerancia hacia las conductas desviadas. A estos puntos Lang añade los sentimientos de estrés y sufrimiento importantes. Buscando las diferencias entre consumidores de drogas adictos y los no adictos, otros investigadores han resaltado la limitada capacidad de los adictos para dar y recibir afecto, y la escasa tolerancia a la frustración. Los adictos tienen, asimismo, más problemas familiares y sentimientos de hostilidad hacia sus padres, que generalmente convierten en una actitud negativa ante la autoridad (Mothner y Weitz, 1984).

Sin embargo, hay aspectos del uso compulsivo que no pueden ser explicados por ningún perfil de personalidad. Por ejemplo, muchos casos de

adicción y abuso derivan de una extrema sensibilidad al efecto de las drogas. Las drogas, después de todo, no tienen el mismo impacto en todos los consumidores. El margen de respuesta es muy amplio, y algunos consumidores experimentarán mayor euforia al tomar la droga. Tendrán un refuerzo más intenso, la tolerancia aparecerá precozmente, será necesario un rápido aumento en las dosis y por último sufrirán más cuando intenten disminuir el consumo.

Asimismo es difícil aplicar los parámetros de «personalidad adictiva» a aquellos consumidores que lo hacen esencialmente como una forma de automedicación, tomando drogas para suprimir sintomatología de trastornos físicos o psicológicos. *Los medicamentos que pueden producir hábito son los tranquilizantes y los analgésicos. Las únicas sustancias conocidas capaces de curar la depresión son, precisamente, los antidepresivos, que no son adictivos.* No hay duda de que las personas que se automedican toman drogas que son más perjudiciales que útiles; muchos solucionarían su problema con unos suplementos vitamínicos simplemente. Aun así, para estas personas la principal motivación para llegar a un abuso de drogas consiste en el intento de suprimir el dolor, el insomnio o la depresión, o de sentirse con más energía, o bien controlar la ansiedad. El abuso de drogas dista mucho de contribuir a formar el carácter. Debido a su preocupación prioritaria por las drogas, algunos adictos son irresponsables y poco cumplidores. Los más dependientes engañarán y sustraerán dinero incluso a su familia y amigos. Seguir manteniendo una relación y tolerar este tipo de conductas del adicto supone, literalmente, «inducirle» a continuar el consumo compulsivo de drogas o facilitar su paso de simple consumidor a ser adicto (Mothner y Weitz, 1984).

Hoy en día, se acepta que los rasgos de personalidad son predominantemente significativos en el consumo de sustancias, pero no su causa exclusiva. Las variables de la personalidad intercalan con una gran variedad de factores biológicos, psicológicos y ambientales, que determinan una respuesta individual en el uso, abuso y dependencia de sustancias psicotropas. No parece haber un tipo de personalidad que predisponga a la adicción. Lo que

se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consumen diversas sustancias (Coleman, 1986).

Se ha sugerido, por ejemplo, que la mayoría de los adictos tienen problemas de personalidad que les crean dificultades sociales y que estos problemas sociales, a la larga, son los responsables de que recurran a las drogas o a otras ayudas externa (Coleman, 1986).

También se ha dicho que las personas que caen en la adicción son, tímidas, impresionables y muy nerviosas. Pueden simular una cierta fortaleza y desenvoltura, pero bajo esa capa superficial son emotivamente inseguras y tienen una gran necesidad de cariño y afecto. Les resulta difícil establecer relaciones estrechas con otras personas y las drogas les ayudan, proporcionándoles alivio, seguridad y confianza. Son personas solitarias e inseguras, y las drogas les proporcionan bienestar (Coleman, 1986).

Otros psicólogos sostienen que los adictos suelen ser inadaptados inferiores en algún sentido, y necesitan el apoyo de la droga porque se sienten constantemente incapaces de responder a las expectativas sociales. Se ven a veces impulsadas por un fuerte sentimiento de desesperación constante y de fracaso personal y a veces también una “sensación inexpresada”, inconsciente quizá, de ira hacia uno o ambos padres (Coleman, 1986).

Se ha dicho también que la mayoría de los adictos tienen planteamientos un tanto infantiles, que son depresivos, que suelen comportarse sin moderación, que son extraordinariamente inteligentes y se sienten frustrados por su incapacidad de progresar en la vida que son desorganizados, ingobernables, incapaces de afrontar la presión y, en general, demasiado exigentes.

Algunos investigadores parecen apuntar que si existe una palabra que resuma el estado del adicto, sería ésta: “*inmadurez*”. La gente consume drogas porque no puede “arreglárselas”, porque “no aguanta”, y “no se las arreglan”

porque no han madurado lo suficiente para afrontar los problemas de la vida con sensatez y ecuanimidad (Coleman, 1986).

Todos somos potencialmente vulnerables y todos tenemos miedos y flaquezas, posiblemente existan rasgos en común, pero esto no determina que las personas que los posean tienen que ser necesariamente adictos.

Las personas pueden tener algún rasgo de personalidad adictiva, actividades múltiples que compitan con la de conseguir drogas, poca tolerancia hacia la desviación en su comunidad e intolerancia a las conductas irresponsables y extremas de sus amigos o de su familia, pero incluso sí, pueden verse consumiendo drogas en cantidad suficiente como para que le resulte difícil dejarlas. Sencillamente: no hay garantías. *Cualquier persona* puede convertirse en un adicto y exponerse a un elevado riesgo por consumir drogas. Cualquier persona puede ser dependiente, nada libra del riesgo de convertirse en adictos (Mothner y Weitz, 1984).

El adicto se ha visto en una situación en la que su personalidad ha resultado demasiado frágil, mientras que el no adicto aún no se ha desviado del medio en el que puede sentirse competente y seguro de controlar la situación (Coleman, 1986).

A pesar de que actualmente no hay un solo modelo explicativo de la personalidad de los adictos, el desarrollo alcanzado por la psicología y sus distintas ramas, ha permitido formular nuevas hipótesis de trabajo sobre las que seguir investigando.

CONSUMO DE TABACO Y PERSONALIDAD

3.1 ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DEL TABACO

Antiguamente no se le daba la importancia nociva que tiene el tabaco y aunque los elementos científicos lo hubieran catalogado como una droga, la palabra definidora, incluso de droga, en el diccionario denota más que nada una sustancia de componentes peligrosos, una sustancia de libre comercio, para la industria química, la agricultura y la alimentación. De lo expuesto se explica la benignidad, tolerancia y hasta cierta creencia popular que este veneno ha gozado, no sólo de creerlo inocuo, sino incluso terapéutico.

Desde hace muchos años el tabaco ha formado parte de rituales religiosos y de ceremonias para la iniciación en la edad adulta; tiene un papel importante en el establecimiento de relaciones sociales, de amistad y de paz (Dogana, 1980).

El tabaco es una sustancia que refleja, en si misma, las contradicciones de la sociedad actual y los intereses contrapuestos que inciden sobre ella. Por una parte se sabe y es de conocimiento general lo perjudicial del tabaco. En ese sentido se han puesto en marcha regulaciones legislativas que limitan su consumo en establecimientos públicos y restricciones a su promoción, publicidad y venta.

Por otra parte es un producto totalmente introducido en el mercado y en nuestra cultura de tal forma que el entorno socializa fuertemente su consumo. Esto adquiere especial relevancia en los entornos adolescentes y juveniles que es cuando se comienza a fumar, a una edad más temprana que el alcohol y el resto de sustancias psicoactivas y que además se han convertido en el blanco destinatario de la promoción publicitaria. La publicidad intenta dar una positiva

imagen de la sustancia relacionándola con la madurez, el éxito, la aventura, la diversión, la alegría, la atracción hacia el sexo opuesto o la calidad de vida. La adicción que provoca convierte en muy fieles a los consumidores. Dejar de fumar cuesta mucho y a pesar de que muchos lo intentan no todos logran el éxito deseado. Todos estos factores señalados inciden en la prevalencia actual del consumo de tabaco

En los últimos años ha habido un cambio de la actitud de la sociedad frente al uso del cigarrillo, lo cual ha generado progresivamente un clima menos complaciente e incluso a veces hostil para el fumador. En este contexto muchas personas están decidiendo dejar de fumar (Santander, Seijas y Jiménez, 1999).

Ciertamente hay determinados individuos a los que el tabaco como otra cualquier droga, ejerce una acción de anestesia psicológica, para determinadas crisis de tristeza, angustia o de malestar; para gran parte de estos seres, el "estimulante-inhibidor", a la larga, les causa mayores males de los que pretendían substraerse o sea que siempre es peor el remedio que la enfermedad, como sucede con todos los tóxicos de la tierra tomados habitual y periódicamente.

Con los avances de los medios de información y la facilidad adquisitiva de la cultura, preparar al individuo desde que nace hasta que muere y es imperdonable la ignorancia de la realidad de los falsos paraísos artificiales, de los peligros y venenos de determinadas plantas y productos.

Gente docta discute todavía si es una costumbre o una toxicomanía el fumar; creemos que lo más razonable sería decir que el consumo de tabaco se inicia por un hábito que se va adquiriendo por varios motivos, aburrimiento, ocio, soledad, etc., dependiendo de cada persona y que acaba encadenando en adicción. Es verdad que el tabaco al principio, generalmente, no suele lesionar fuertemente hasta pasado determinado tiempo, no es fulminante.

Existen diversas teorías (que se revisaran más adelante) acerca de cómo y por qué las personas comienzan a fumar y cómo es que se instaura esta conducta para mantenerse y posteriormente que sea tan difícil su abandono.

3.2 TEORÍA GENÉTICA DEL CONSUMO DE TABACO

3.2.1 GENES ASOCIADOS A LA PREDISPOSICIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO

Diferentes estudios llevados a cabo hasta el momento han permitido localizar varias regiones del genoma, en los cromosomas 2, 5, 9, 11, 17, 19, 22 y X, que pueden estar implicadas en el metabolismo de la nicotina y la adicción al tabaco (Walton, 2001). El estudio de los polimorfismos de estas regiones del genoma está permitiendo definir genes que, aunque por sí solos no parecen ser directamente responsables del consumo de tabaco, al unirse el efecto de varios de ellos modifica la respuesta a la nicotina.

Se sabe que existe una importante variabilidad interindividual en el metabolismo de la nicotina (Benowitz, 1996). Aproximadamente el 70-80% de la nicotina se metaboliza a cotinina en un proceso en dos etapas en los que intervienen enzimas de la familia de los citocromos p450, principalmente CYP2D6 y CYP2A6 (Benowitz, 1996; Nakajima, 1996; Cholerston, 1994). Aunque estudios iniciales sugerían que determinados genotipos de CYP2D6 se asociaban con la dependencia a la nicotina (Turgeon, 1995), no han podido ser confirmados y hoy se piensa que este enzima no es relevante en la adicción a nicotina (Saarokoski, 2000). El gen CYP2A6 está localizado en el cromosoma 19q12-13.2 (Hoffman, 1995). El alelo CYP2A6*2, que contiene leucina en lugar de histidina en el codón 160, codifica una proteína inactiva y parece que se asocian con una mayor predisposición al consumo del tabaco, aunque los resultados no son consistentes (Pianezza, 1998; Oscarson, 1998). Sin embargo, han encontrado que la enzima CYP2A6, es genéticamente variable; hay dos variantes inútiles de la enzima, resultado de dos alelos o variantes del gen que codifica el enzima.

Las formas inútiles son muy comunes, aproximadamente el 15% de la población posee como mínimo una copia de la variante inefectiva de la enzima. Una pequeña parte de la población hereda dos copias, una de cada pariente. Las versiones nulas de la enzima parecen mucho menos frecuentes entre los fumadores dependientes que entre la población que fuma ocasionalmente. Los fumadores dependientes ajustan su frecuencia de cigarrillos para mantener la concentración de nicotina en sangre y en cerebro constante. Por tanto, una persona que metabolice (destruya) la nicotina a un ritmo constante tiende a fumar al mismo ritmo para mantener los niveles de nicotina. Pero alguien con una forma inútil de la enzima degrada la nicotina más despacio, por lo que no necesita fumar tanto.

Además, los individuos con formas inefectivas de la enzima deben sufrir los efectos desagradables de la nicotina de una forma más marcada que los demás, pues los niveles sanguíneos son mayores. Sufren, por tanto, un menor riesgo de adicción. Se calcula que los fumadores poseedores de copias inefectivas de la enzima fuman unos 30 cigarrillos menos (por fin de semana) que los fumadores con copias correctas del enzima.

Por otra parte los poseedores de enzimas inútiles pueden disfrutar de otras ventajas, pues la versión funcional de la enzima es capaz de activar productos químicos, (como la nitrosamina presente en humo del tabaco) convirtiéndolos en formas cancerígenas. Las formas ineficientes no son capaces de hacer esto y sus poseedores corren menos riesgos.

No obstante, todos los resultados obtenidos hasta el momento son preliminares por el escaso número de población incluida en los estudios y porque no todas las poblaciones han sido analizadas, siendo necesario realizar estudios en grupos de población mayores y más variados antes de obtener conclusiones definitivas ya que en la dependencia de la nicotina se implican factores de riesgo genéticos y ambientales múltiples.

3.3 TEORÍA ECONÓMICA DEL CONSUMO DE TABACO

El medio ambiente en el que vivimos trae consigo exigencias diarias, lo cual está generando, en las personas presiones económicas, a las que en muchas ocasiones no se está preparado para afrontarse y ante esta imposibilidad de enfrentar a su medio habitual, algunas personas optan por comenzar a consumir tabaco (Becoña, 2004)

El consumo de tabaco frecuentemente varía entre los grupos de población que son especialmente vulnerables incluyen a los socioeconómicamente inferiores y a ciertas minorías étnicas, incluyendo a las poblaciones inmigrantes.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) se estimó que un hogar de escasos recursos se utiliza entre 10 y 17% de todo su ingreso disponible en productos de tabaco, lo cual repercute de manera importante en lo que se destina a la alimentación y educación de sus miembros. Las personas con escasos recursos económicos son las mayores consumidoras de este producto, en comparación con las que perciben más ingresos, debido en gran parte a factores socioculturales y psicopatológicos.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) informó que un fumador severo que consume 140 cigarrillos a la semana, 620 al mes y 7300 al año, lo que representa una cajetilla diaria con un costo de 224 pesos semanales y 960 mensuales, con lo que podría comprar un fumador moderado que consume entre 6 y 15 cigarrillos fuma a la semana 105 cigarrillos, al mes 465 y al año 5475, realiza un gasto de 480 pesos mensuales; es decir que con ese dinero le alcanzaría para alguna de las siguientes cosas: ir al cine 8 veces, comprar 8 labiales, rentar 12 películas, o comprar 4 balones de fútbol, unos jeans, 3 CD's o un par de zapatos. (ENA, 2002).

Dentro de estas presiones está la publicidad que nos muestra un arquetipo de poder y seguridad social a la cual se quiere acceder de forma sencilla e inmediata. En muchos países está aumentando el consumo entre las mujeres y los jóvenes, ambos grupos son importantes nuevos mercados para la

industria del tabaco y son blanco de la publicidad y la promoción. La mayoría de los fumadores empieza a fumar durante la niñez (OPS, 2000).

Existen pruebas abundantes de que en los países desarrollados, los niños están al tanto de la publicidad del tabaco, que la promoción de éste influye en el hecho de que los jóvenes empiecen a fumar y sigan haciéndolo; ya que en aquellos países donde se ha prohibido esa publicidad, el consumo de cigarrillos ha bajado más rápidamente entre los jóvenes, que en los países que no lo han hecho. Además, debido a la muerte prematura de los fumadores y a la cesación del consumo de otros fumadores, para mantener un alto nivel de actividad económica, la industria del tabaco necesita nuevos fumadores, especialmente entre las mujeres y los jóvenes (OPS, 2000).

Los 191 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han elaborado un Convenio Marco de lucha contra el consumo de tabaco. Este texto, incluye la obligación de coordinar los impuestos sobre los productos de tabaco y aumentarlos en función de la tasa de inflación.

Se ha propuesto un aumento de un 10% en el precio del tabaco, lo cual incitaría a unos 42 millones de personas a dejar de fumar y podría evitar 10 millones de muertes. Asimismo, reduciría la demanda en alrededor del 4% en los países de ingreso alto y del 8% en los de ingreso medio y bajo, especialmente entre los sectores más pobres y desfavorecidos de la población (OPS, 2000).

La industria tabaquera, que se opone firmemente a esta medida y afirma que el aumento del precio del tabaco conllevaría un crecimiento del contrabando, algo con lo que no están de acuerdo los expertos, que aseguran se puede controlar si se dispone de los medios necesarios para hacer respetar la ley.

En México el Sector Salud destina 20 mil millones de pesos anuales, para la atención de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, cantidad que podría servir para construir 50 mil viviendas de 400 mil pesos

cada una; comprar 50 millones de despensas o de uniformes escolares de 400 pesos cada uno.

El costo provocado por el tabaquismo a las instituciones de salud es muy alto, en el Boletín informativo de CONADIC del año 2002 refiere que el costo promedio por hospitalizarse 15 días por un padecimiento como EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias es de \$ 9, 957.80 (calculando cama por día a \$225.10). Si un paciente con EPOC pagara ese costo, equivaldría a 280 salarios mínimos.

El costo que representan los 13 millones de fumadores que existen en México podría destinarse a la atención de otros importantes problemas de salud que realmente son difíciles de prevenir.

Los fumadores tienden a incurrir en costos médicos más altos, a consultar al médico en consulta externa con más frecuencia y a ser hospitalizados con más frecuencia y por períodos más largos que las personas que no fuman.

En México, entre las principales muertes atribuibles al tabaquismo en el año 2004 se encuentran (Fig. 2.):

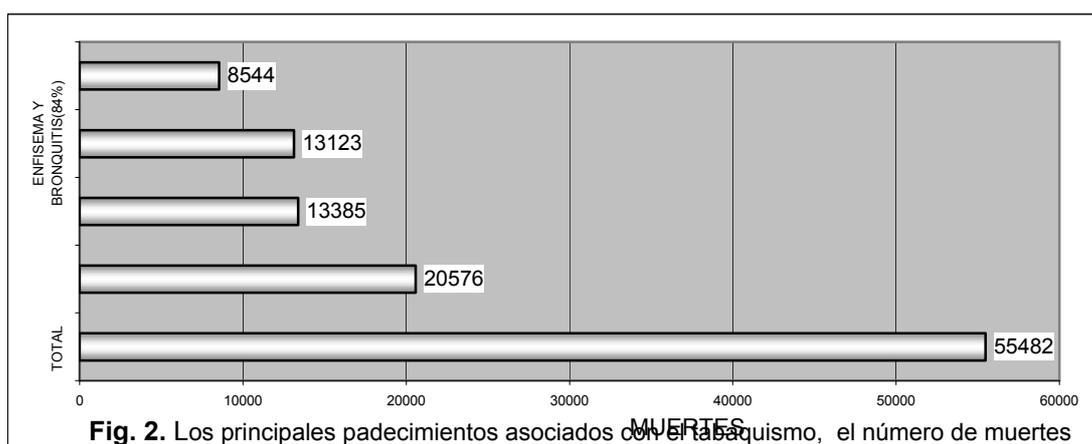


Fig. 2. Los principales padecimientos asociados con el tabaquismo, el número de muertes por año y entre paréntesis el porcentaje de riesgo atribuible de acuerdo con la dirección general de Epidemiología de la Secretaría de Salud (2004).

De esta manera podemos observar el impacto que tiene el consumo de tabaco tanto en la salud como en el costo económico y social ya que se estima

que los años de vida productivos perdidos calculados por enfermedades relacionadas al tabaco son de 5,732 900 años (Villalba-Caloca et al., 2001).

La mayoría de las economías se beneficiarán con la reducción en el consumo de tabaco. Algunas comunidades productoras de tabaco experimentarán gradualmente una transición económica, pero los gobiernos y otros grupos pueden trabajar con estas comunidades en la formulación de estrategias que garanticen su bienestar a largo plazo, así como subsidios transitorios y políticas para promover cultivos alternativos y otras formas de vida.

Muchas intervenciones, como las políticas para el control del consumo de tabaco, tienen un costo de ejecución bajo (si se exceptúan los costos relacionados con su cumplimiento) y terminan generando grandes beneficios financieros a los países al reducir los costos de la asistencia sanitaria. Otras intervenciones pueden financiarse mediante los impuestos sobre el tabaco, como ocurre en buena parte de los Estados Unidos, Australia y otros lugares. Al invertir los ingresos tributarios por el tabaco en programas para la prevención y el control del consumo de tabaco, los gobiernos pueden salvar vidas y prevenir enfermedades, en lugar de tener que cubrir los gastos de la atención sanitaria de las personas que sufren enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (Llivina, 2004).

Actualmente el tratado internacional, el Convenio Marco sobre la Lucha Antitabáquica, el cual es objeto de negociación por parte de los países, puede incluir un mecanismo financiero para ayudar a los países en desarrollo a implantar intervenciones para el control del consumo de tabaco. Los países en desarrollo que participan en el proceso de negociación ayudarán a garantizar que se tengan en cuenta sus necesidades.

Se pueden señalar factores económicos y políticos del consumo del tabaco como: el carácter de país productor; el monopolio público de la producción y comercialización; una política de fomento de las importaciones; una política de precios relativos a la baja; una alta permisividad de la

promoción directa y agresiva dirigida a los sectores más vulnerables de la sociedad; el incremento de la accesibilidad y la disponibilidad del producto; y escasas, dispersas y discontinuas medidas de prevención, protección y control del producto, de su comercialización y de su consumo. Finalmente, la adicción que genera la nicotina y el vacío de oferta asistencial pública y ordenada para superar esta dependencia, fueron factores añadidos para el mantenimiento del problema. A pesar de la existencia de todos estos condicionantes promotores de la expansión del mercado de tabaco, el tabaquismo es un problema evitable (Llivina, 2004).

Existe suficiente evidencia internacional sobre la eficacia de determinadas medidas políticas de prevención, control y asistencia, como para poder afirmar que, se puede controlar el problema, y empiezan a emerger algunos datos esperanzadores en este sentido. La finalidad de una estrategia para la prevención y control del tabaquismo es respetar el valor de la vida, reduciendo de forma significativa las actuales tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo, y proteger a las generaciones actuales y futuras de las consecuencias devastadoras del uso del tabaco (Llivina, 2004).

A pesar de que no existe un nivel impositivo "óptimo" único, los países con políticas integrales y eficaces para el control del consumo de tabaco, en general, poseen niveles tributarios equivalentes a 2/3 a 4/5 del precio de venta minorista del tabaco. Los aumentos periódicos de los impuestos pueden ser necesarios para garantizar que el tabaco no se torne más asequible como resultado de la inflación y de los ingresos en aumento (Becoña, 2004).

3.4 TEORÍA SOCIO- CULTURAL DEL CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco no sólo es pernicioso para la salud sino que, además, está universalmente extendido. Su gran prevaencia y arraigo lo convierte en un preocupante fenómeno social, cuya incidencia real oscila en función de factores como la fuerza de la demanda, azuzada por la presión publicitaria, la facilidad de acceso al consumo de tabaco por parte de la población, el nivel medio de su educación sanitaria, etc., yendo desde la

paulatina regresión de su consumo en los países desarrollados, hasta su afianzamiento o incremento en los menos desarrollados (Pierce, 1991).

La aceptabilidad social es la situación, en que una determinada conducta se realiza y se considera apropiada, aunque los que la sigan se perjudiquen a sí mismos o a los demás, solo con el fin de ser aceptados y reconocidos por el grupo social al que se intente integrar o impresionar. En el caso del tabaco nos encontramos con que es una droga legal y aceptada socialmente, ya que la nicotina es una de las drogas adictivas que provocan los menores trastornos en el comportamiento (Goldstein, 2003).

Una de las causas para comenzar a fumar y mantener dicha conducta, son los factores psicosociales, debido a que fumar se realiza con mayor frecuencia en una interacción social (Unzueta, 2001).

En México se ha identificado que el tabaquismo entre los niños y los adolescentes es un problema en ascenso. Asimismo, se informó en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 que la prevalencia de fumadores adolescentes se incrementó 51% en los últimos 10 años, a pesar de que la Ley General de Salud prohíbe desde 1984 la venta de cigarrillos a menores de edad. De los fumadores entre 12 y 17 años de edad, se observa que aumenta el consumo de tabaco entre la primaria y la secundaria (20% y 43% respectivamente).

La mayoría de los niños empiezan a fumar porque imitan a sus padres, a sus profesores o a otras personas que proyectan cierta influencia en ellos, personas significativas, las cuales los niños identifiquen como modelos de adultez y madurez. Los fumadores aprendieron la dinámica del fumador, los gestos, las posturas, los lugares en donde se fuma, el olor y la presencia del cigarrillo, se familiarizaron con la forma de afrontamiento y manejo de emociones a través del cigarrillo. Las madres, sobre todo, marcan su impronta en el comportamiento tabáquico de sus hijos cuando éstos las toman como modelo (Goldstein, 2003).

En los Estados Unidos hay estudios que indican que los jóvenes cuyos padres o hermanos mayores fuman, tienen cinco veces más probabilidad de hacerlo, que los jóvenes en cuya familia no fuma nadie, 20,3% frente a 4,1%. Un estudio en Noruega indica que el 62,5% (Pierce, 1991) de los estudiantes de 15 años de edad cuyos padres les permitían fumar lo hacían diariamente, en comparación con el 16,7% de aquellos cuyos padres no se lo permitían.

El estudio del consumo de tabaco ha sido abordado de diversas maneras, sin embargo en el complejo ámbito de la cultura hay razones que trascienden el nivel de lo biológico, para ubicarse en el de las significaciones y explicaciones simbólicas, que no han sido consideradas con suficiente profundidad en la explicación de este problema.

Desde la perspectiva médica, el consumo de tabaco se ubica dentro de la categoría de conductas que atentan contra la salud y se ha argumentado enormemente sobre el daño que el fumar puede causar en el organismo; sin embargo la conducta que observamos en la mayoría de la gente cuando fuma es la de ignorar estos efectos, pues no solo mantienen el mismo consumo, sino que, incluso, lo aumentan.

Las razones por las que fuman no deben buscarse por separado en la fisiología, ni en la psicología, sino explorarse en el ámbito social en interacción con los otros, particularmente por medio de la opinión de la gente, por que es aquí donde surgen, se intercambian y confunden las diversas ideas y conceptos relacionados con la adquisición y mantenimiento del consumo del cigarro. Desde la perspectiva social se abre un marco de posibilidades a partir de la propia experiencia y de los significados que construye la gente en relación con su cultura y la visión simbólica del cigarro.

Tipificar el consumo de tabaco puede ser un paso importante, pero no nos explica el patrón de mantenimiento, resaltar los profundos significados que la gente le da al hecho de fumar puede contribuir a una mejor comprensión del fenómeno y por lo tanto a un mejor planteamiento de los programas de

intervención. El estudio de las representaciones sociales nos conduce a entender el universo simbólico – imaginativo del comportamiento de la gente y que preserva a través del tiempo, ya que nos permite relacionar precisamente los procesos simbólicos y los conductuales.

Las representaciones sociales son conocimientos socialmente elaborados, compartidos y de carácter práctico, que permiten aprender los acontecimientos de la vida diaria, y la información y las características del ambiente, al igual que a los otros actores sociales que intervienen en su elaboración, las relaciones e interacciones sociales dan sentido y significado a las representaciones, y su finalidad es interpretar y construir la realidad, ya que el individuo transforma los hechos, los datos y las experiencias en conocimiento que emplea en su vida cotidiana.

El marco de las representaciones sociales se ha utilizado para estudiar a las adicciones, como fumar o beber alcohol, ya que al explorar el significado que guardan ciertos hábitos o comportamientos de los adictos, en el caso de los que fuman, la representación que tienen los hombres y mujeres sobre el consumo de cigarrillos influye en su aceptación o su rechazo y al mismo tiempo en el mantenimiento de esta adicción (Pierce, 1991).

En varios estudios acerca de las representaciones sociales se han encontrado que los fumadores consideran el placer por fumar es un motivo suficiente para continuar con su consumo, hay quienes relacionan su capacidad de concentración y productividad con el tabaco, otros motivos mayormente mencionados son que las personas aseguran poder controlar la ansiedad y el manejo de sus emociones.

Desde el punto de vista de la socialización, el consumo de tabaco se podría considerar como un comportamiento que se considera positivo en la adolescencia, la mayoría comienza a fumar socialmente, en particular por haberlos inducido su grupo de amigos, muchos jóvenes prueban su primer cigarrillo por influencia de sus amigos, en el 75% de los casos se fuma por primera vez con otro adolescente, siguiendo un código de iniciación grupal, que

a veces se emplea para transgredir las normas, pero que les otorga un sentido de pertenencia al grupo, ya que si no fuman son sancionados, con riesgo a ser excluidos del círculo de amistades; el fumar se consideraba un acto básicamente colectivo, un acto de complicidad, que tiene lugar, generalmente, en los espacios donde se reúnen, que les resultan familiares y en los que se sienten en confianza.

En un inicio el fumar no parece tener ningún contratiempo o dificultad, sin embargo va cambiando dicha perspectiva cuando aparecen problemas relacionados con el consumo de tabaco, que pueden ser desde los que se relacionan con la salud, hasta los laborales o de pareja.

El problema no es el precio comercial de los cigarrillos, pues casi siempre termina ajustándose a los bolsillos de los consumidores, sino que es más bien la socialización del adicto, desde su educación adictiva reforzada intrafamiliarmente.

En términos generales, es diferente la representación social del consumo de tabaco, dependiendo del género, del ejercicio del poder y de los derechos que se le confieren, que varían en función del grupo de pertenencia. La percepción de riesgo, los efectos no deseados relacionados con el consumo de tabaco, como la primera experiencia con el cigarrillo descrita en general en términos negativos, elimina la posibilidad de considerar estos argumentos como la explicación para mantener este hábito. Actualmente el consumo de tabaco se encuentra lejos de responder a sus motivaciones originales.

Sobre esta línea, hay representaciones sociales ambivalentes, donde se reconocen los riesgos y los costos, no sólo médicos, sino sociales (el aislamiento), versus el placer y la sensación de poder y control que se deriva del tabaco; es ahí donde se podría considerar una posible explicación.

Los riesgos y los beneficios del consumo de tabaco se colocan en la balanza de las prioridades personales, pero la evaluación subjetiva de cada

individuo la inclina decisivamente, hacia los beneficios, por tanto aquellas personas que adquieren y/ o mantienen su conducta de fumar han optado por considerar que el cigarro posee mayores beneficios y gratificaciones que el hecho de no fumar, aunque conozcan los riesgos, están dispuestos a pagar los costos de su adicción.

La publicidad se vale de dichas representaciones sociales para incitar el consumo, haciendo un minucioso estudio de estas para poder llegar a lo que socialmente se acepta y se espera, sin embargo finalmente las campañas publicitarias de las tabacaleras no determinan la adquisición o mantenimiento de esta adicción y del mismo modo las campañas publicitarias del sector salud anti-tabaquicas, no determinara el abandono definitivo del tabaco.

3.5 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL CONSUMO DE TABACO

3.5.1 PSICODINÁMICA

Las primeras consideraciones acerca de la adicción o toxicomanía, en este caso al tabaco, se encuentran en la obra de Freud, quien pudo sostener que los orígenes de la toxicomanía deben buscarse en la etapa oral del desarrollo de la persona. Desde la perspectiva freudiana estricta la drogadicción puede ser interpretada en términos de fijación oral. La teoría dinámica de la oralidad, en la que resalto aspectos fundamentales como la intolerancia a la demora en la satisfacción del deseo, la importancia de la fijación en la regresión (Kalina y Kovadloff, 1987).

K. Abraham que destaca la importancia de la aidez oral de las toxicomanías. Rado dice que las manifestaciones psíquicas del erotismo oral están siempre presentes en una forma marcada aun en los toxicómanos en los que la droga no es ingerida por la boca (Kalina y Kovadloff, 1987).

Entre los factores psicológicos que predisponen el fumar encontramos: La relajación y el placer, las presiones de la sociedad, la imagen de uno mismo, la curiosidad, la tensión, el aburrimiento, la rebelión; todos estos factores contribuyen a la iniciación y mantenimiento de la adicción del cigarro tanto

física como psicológica. El aumento del consumo de cigarrillos diariamente es asociada con una baja educación paternal, depresión mayor, alcohol y desórdenes de uso de droga, Déficit de Atención e Hiperactividad, síntomas de desorden de personalidad antisociales y en gran medida psicopatológica en los miembros familiares (Rohde, Kehler, 2004).

Las probabilidades de empezar a fumar son mayores para los jóvenes que tienen una baja autoestima. Los niños que están más atrasados en la escuela tienen menos aspiraciones académicas o se encuentran más alienados, fuman más.

Los conocimientos, creencias y actitudes influyen en su uso. Los adolescentes que fuman no creen que el tabaquismo les afecte personalmente o estiman que las ventajas a corto plazo compensan los riesgos; usualmente los fumadores utilizan un pensamiento mágico con el cual niegan la propensión a adquirir enfermedades por su consumo y la imposibilidad de controlar su adicción (Rohde, Kehler, 2004).

Otros factores posibles que contribuyen al desarrollo de la dependencia de la nicotina son los efectos beneficiosos percibidos de la nicotina. Por ejemplo, muchos fumadores divulgan que el fumar mejora su concentración, atención y su capacidad de resolver problemas.

En un enfoque psicodinámico, la dependencia al cigarrillo puede considerarse un modo de relación sostenida con un objeto, desde una cierta organización de la personalidad que por una estructuración yoica deficitaria , no ha accedido adecuadamente a los procesos de simbolización, duelo y elaboración sustitutiva.

Los fumadores, suelen prestar fácilmente atención y mostrar interés por aquello que lo impresiona, no se permite advertir los inconvenientes potenciales o tácitos, sino que esta tomado por la promesa de acceder a su apremiante necesidad. No puede ubicarse más allá de lo presente porque sus aspiraciones y requerimientos emocionales están limitados a la obtención de respuestas inmediatas. (Calero, Castellano 2006).

Calero, Castellano, en 2006 proponen que en la estructura del fumador se pueden observar algunas de las siguientes características:

1) En una fachada más manifiesta se hallan todas las expresiones auto compasivas de esta personalidad "me domina" " es superior a mi " "me tiene atado" o la justificación racionalizada " de algo hay que morir". Es lo sintomático y pese a la apariencia de resignación e insatisfacción existe sin lugar a dudas cierto placer masoquista.

2) Subyacentemente se encuentra la necesidad irresistible de fumar. El fumador obtiene algo que apacigua con el hecho de llevar un objeto a su boca, recuerda como acto, las primeras experiencias de la historia personal en la que básicamente se recobraba la confianza en la vida y en las propias vivencias a partir del contacto entre un objeto (pecho, biberón, mordedora, etc.) y la boca.

3) Lo mas interno de esta estructura se ve caracterizado por un placer masoquista obtenido a partir de situaciones de rechazo, castigo o abandono. La notoria avidez y voracidad afectiva corren por canales masoquistas. Con frecuencia estos rasgos aparecen encubiertos por la depresión y/o la desesperanza y no son fácilmente aceptados por el sujeto.

La personalidad del fumador puede caracterizarse en su modo de acceso al mundo con particularidades como:

- Enfrentamiento
- No acatamiento (orden médica)
- Seudoagresividad-Inhibición de la agresión hacia el afuera y una revisión de la misma hacia la propia persona.
- No puede hacer una lógica evaluación de su adicción, ni de los riesgos porque esta abstraído por una concepción mágica, el cigarrillo como reaseguro de su confianza y autovalia.
- Persigue su propia seguridad.

La ingestión de tabaco produce un alto nivel de autoestima, pero como esta no se basa en algo real, sino imaginario de la persona, una vez que pasa

el efecto tóxico la depresión que sobreviene posee características devastadoras para el Yo. El tabaco produce una inflamación inútil del narcisismo e impide que se perciba el proceso de la autodestrucción, por el hecho de la elación reactivó la creencia narcisista del paciente en su invulnerabilidad e inmortalidad. El cree que no esta tomando una dosis letal de la droga para suicidarse sino para liberarse definitivamente de lo que siente.

El fumar es solo un mecanismo apaciguador y un síntoma de este interior incierto, inseguro, lábil. El cigarrillo permite entonces "hacer humo" aquellas enraizadas y arcaicas experiencias como si fueran un simple impulso irracional descontrolado pero también compartido por una gran mayoría, de ahí lo de "socialmente aceptado".

Esto se relaciona con lo que señalan los especialistas de la necesidad de fumar de la persona que esta tensa, nerviosa, irritable, y el acto de fumar puede calmar la tensión y la ansiedad y por el contrario si esta decaído o triste también puede estimularse, depende de la cantidad de nicotina que consuma, el fumador puede en forma totalmente inconsciente y automática regular la cantidad de nicotina o tabaco que necesita para regular su humor.

Dentro de la dependencia psíquica es importante destacar el ritual del tipo obsesivo compulsivo que significa para el fumador la preparación del acto de fumar, abrir el paquete, golpearlo, afinarlo y encenderlo, en el fumador de pipa el llenado de la misma y el encendido que requiere su tiempo, de la misma manera que el que arma su propio cigarrillo. Todo esto lo lleva al placer antes de comenzar a fumar.

3.5.2 PSICOANÁLISIS

Desde la perspectiva freudiana, se empezó a plantear que los síntomas hablan, en la medida en que en ellos es posible poner de relieve una verdad, singular y fundante para cada sujeto, que el síntoma vela y revela al mismo tiempo. J. Lacan postula en sus ultimas definiciones que el síntoma es el "modo

en que cada cual se goza de su inconsciente en tanto que este le determina” (Mira, 1983). Entonces fumar puede funcionar como un síntoma. El síntoma es la metáfora de una "palabra amordazada" que no llega a decirse, pero que puede recuperarse en la cura. Lacan postulará el concepto de verdad no ya como un significante reprimido, sino como aquello que queda inevitablemente excluido de toda articulación significativa. Aquello que no puede ser dicho cuando algo se dice (Estaude y Couso, 2002).

En su oscuridad el síntoma encarna una verdad, pero como esa verdad es la de aquello que se excluye de todo saber, el síntoma pasa a ser también lo que se opone a todo intento de totalización del saber. Es un indicador de que "algo no anda", no encaja. Por eso el síntoma se transforma en un obstáculo que interpela la pretensión estructural de todo saber: concebirse como absoluto.

No basta con diagnosticar un disfuncionamiento para que se tenga un síntoma. A veces el fumador puede constituir un síntoma social en la medida en que como la droga está empezando a ser prohibida, es posible ser agente de un síntoma social sin verificar un síntoma subjetivo. Y aquí se introduce una dimensión esencial para Lacan: es preciso creer en él para que haya síntoma; se necesita creer que se trata de un fenómeno que hay que descifrar, un fenómeno en el que hay que leer algo, eventualmente una causalidad, orígenes, un sentido.

Así también el fumar podría funcionar como síntoma o cuando este falle hacer un montaje adictivo que tiene como función otorgar una estabilidad - siempre relativa- cuando no se cuenta con la eficacia del síntoma. La práctica adictiva es pensable como una operación y un montaje, inscriptos en la dimensión del actuar en el registro del agieren freudiano (tiene algo de acción, de actuación, de puesta en escena). El acto es lo esperado y lo evitado al mismo tiempo, en tanto siempre implica la castración.

A diferencia del síntoma, que dice de la escisión subjetiva, aquí se trata de dar forma y consistencia a un ego que intenta paliar la amenaza de algo

insoportable. Qué es lo insoportable y cuál es la defensa ante esa amenaza es lo que va a diferenciar los montajes, que se nombran como suplencia o suplemento.

Se recurre al tabaco como suplencia cuando se está ante el riesgo en la autoconservación, el riesgo de la existencia misma. Es siempre un intento de dominio sobre el cuerpo, que en general nos es ajeno y enigmático, como un intento de suplir la falencia (que llega a la ausencia) de un Otro garante de la funcionalidad de ese cuerpo y de esa mente.

El tabaco promete ese dominio pero obliga al sujeto a no poder descansar en el Otro. No es el hacedor de él mismo, pero tiene que ser su constante vigía y guardián. Confiar en el Otro y mantener la incógnita de nuestro cuerpo implica un reconocimiento de una falta del ser y del tener. Esa falta es lo que permite ocuparse de otra cosa: se puede desear, desear la muerte.

El tabaco se inscribe en las tres dimensiones: imaginaria, simbólica y real. El consumo de tabaco, lleva, una liberación de goce, suscitando tanto sentimientos de éxtasis, como la presencia de objetos angustiantes. Sin embargo, es obvio aquí que el sujeto obtiene también este efecto inverso: es concebible que una droga llegue a aliviar el goce. El tóxico viene a reemplazar el esfuerzo económico/natural de la represión, modificando la suerte de la economía psíquica (Sánchez, M, 2001).

Cuando un fumador consume, no está consumiendo una sustancia, sino un espacio imaginario de posibilidades. Lo que importa, más allá de su catálogo biológico (estimulante, depresor o alucinógeno), es lo que se deposita en ellas creyendo que con eso se lo obtiene. Aparecen cubriendo todo lo que entra en el imaginario del que consume

Lacan produjo, en forma explícita, un solo comentario sobre la droga: "La única definición de la droga es esta: ella rompe el matrimonio del cuerpo con la cosita de hacer pi-pi". Lo que nos plantea el problema a resolver de la

posibilidad de una ruptura con el ordenamiento fálico sin que haya al mismo tiempo forclusión del Nombre del Padre (Sánchez, M, 2001).

El acto de fumar tiene que ver, como ya se ha visto, con conflictos inconscientes de los cuales el sujeto no es consciente. Freud en 1920 postula en el texto Más allá del Principio del Placer que lo que rige las acciones de las personas es la Pulsión de Muerte la cual es la pulsión por excelencia, que esta atravesando a la Pulsión de Vida, la cual se encarga de las funciones de autoconservación del organismo, y de las otras pulsiones. La Pulsión de Muerte esta presente en el acto de fumar el cual poco a poco lleva al organismo a su fin último, la muerte.

El goce sería el nombre que tomó Lacan para referirse a lo que en su momento Freud denominó pulsión de muerte, irreductibilidad del síntoma el masoquismo primordial. Es un concepto fundamental en la teoría Lacaniana el cual nos remite a plantear si de verdad lo que se busca es la felicidad de las personas. “El goce es lo que no sirve para nada”, no es útil, no constituye ningún bien, y a la vez no tiene ningún valor de cambio.

Es el goce que Lacan sitúa como limitado por el significante. En el Seminario XX dice: “El goce fálico es el obstáculo por el cual el hombre no llega, diría yo, a gozar del cuerpo de la mujer, precisamente porque de lo que goza es del goce del órgano.” Pero el problema se agudiza cuando se encuentra con la detumescencia del órgano sexual. En la esperanza de ir más lejos, de retroceder esos límites, al fumador le es necesario, en paralelo, alcanzar otras formas de goce.

Sin embargo, el tabaco como recurso a la estabilidad encuentra su límite en el hecho mismo de ser una oferta de goce y que, por lo tanto, estará siempre marcada por la temporalidad y la finitud. Es la promesa, el flash y la caída. Esperanza rápidamente decepcionada porque rechaza la finitud, correlato de la castración. Lacan lo dice en estos términos: "el superyó tal como lo señalé antes con el ¡Goza! es correlato de la castración, que es el signo con

que se adereza la confesión de que el goce del Otro, del cuerpo del Otro, sólo lo promueve la infinitud”.

Un adicto a fumar no es aquél que ha perdido el control en el consumo, ni aquél que ha perdido la voluntad, sino un sujeto que ha renunciado a responder por las consecuencias de sus actos, que ha renunciado a preguntarse si existe otra voluntad que no sea la de obedecer el deber de consumir –como la cultura le pide–“Soy adicto a fumar”, entonces, es un enunciado común para consolidar la evasión de la pregunta por el ser. La toxicomanía maquilla dicha cuestión enarbolando una identidad supuesta que posee sólo el valor de una máscara, la que deberá caer para que las verdaderas preguntas del sujeto se hagan oír.

El significante, el ideal, el gran Otro le sirven al sujeto fumador para justificar el porqué de la droga, hacen de esta la causa de lo que les sucede y utilizan toda la armadura significativa para justificar esa posición y asegurar su lugar como fumadores.

3.5.3 FAMILIAS ADICTIVAS

La familia es una unidad, donde el objetivo final por el cual se unieron es contradictorio en si mismo, ya que consiste principalmente en permitirle a cada uno de sus miembros lograr su propia individualidad, saber quien es el. Su objetivo principal es mantenerse unido y lograr sus objetivos (Minuchin, 1986).

La familia posee una estructura que solo se puede observar en movimiento que permite reestructuraciones con demandas invisibles de funciones que organizan como interactúan los miembros. La persona es toda su familia y todas sus interacciones aunque valla solo (Minuchin, 1986). Dentro de los tipos de familia que interesa al presente estudio son las llamada "familias psicotóxicas", que son aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción; y en sentido estricto, a aquellas que incluyen uno o más miembros adictos (Kalina, 2000).

Por lo general la madre del adicto es depresiva, ya sea de forma manifiesta o enmascarada, la cual se consigue un hombre que le promete el bienestar total, sin embargo solo esta presente-ausente, dejando en el hijo la percepción de no tener escapatoria, de un objeto persecutorio del cual no puede desprenderse, encontrando un poco de alivio en el uso de sustancias que lo abstraen de la angustia que esto le provoca (Kalina, 2000).

Una variable importante en el proceso evolutivo de las personas que recurren a las drogas, es que desde los comienzos de la vida postnatal generalmente han sufrido abandonos manifiestos, habiendo quedado a cargo de otras personas durante días, semanas o meses; y/o microabandonos permanentes. El niño abandonado es un niño sobreexigido que debe desarrollar capacidades omnipotentes para sobrevivir. De esta forma se refuerza la patología, producto de la no resolución de la simbiosis con la madre.

Existen pruebas de que en las familias de fumadores hay una propensión de otras conductas adictivas. Son más primitivas y directas al expresar el conflicto. Las familias de fumadores revelan un predominio de temas relacionados con la muerte y con muertes prematuras. Suministran una forma de "seudoindividuaación" en diversos niveles (Stanton, Todd, y cols, 1985).

El fumador es alguien que cumple con un "pacto criminoso" del cual participan él, la familia y la sociedad. El "gran pacto criminoso" deja morir a gran parte de ellos, para evitarse los inmensos esfuerzos para recuperarlos -no sólo económicos que implica modificar las sociedades y las familias. Es decir, prefieren aceptar su irrecuperabilidad como destino trágico: concepción no muy sutilmente violenta al servicio del martirologio social (Kalina, 2000). El tabaco puede funcionar como un problema que mantiene unida a la familia. De este modo trasciende su efecto farmacológico; funciona más como símbolo de la incompetencia del adicto y su consecuente incapacidad para abandonar a la familia o la incapacidad de la familia para liberarlo.

La trama de la interacción familiar está conformada por fenómenos verbales y no verbales, generalmente invisibles para el observador no experimentado. Como resultado del nuevo "pacto" de supervivencia familiar, surge como emisario, "el elegido", es decir el hijo-droga; y se instala el fenómeno interaccional de "hacer la vista gorda", modelo que, una vez introyectado y asimilado, el futuro adicto adoptará como propio en sus conductas adictivas. La muerte aparece como una solución posible. "Muerto el perro se acabó la rabia." Surge así el pacto criminoso, en donde la solución por la muerte es inducida. En cierta forma un sacrificio modelo Cristo, quien se inmola para salvar a los demás (Kalina, 2000).

La familia "necesitaba" al fumador tanto o más que el fumador a la familia. Los miembros buscaban aferrarse unos a otros para reafirmar integridad o dignidad. Estas familias se caracterizan por la "ceguera". Se refiere a que "no ven", es decir niegan las conductas auto y heterodestructivas del hijo, que sí son visibles para las otras personas. La presión para que no se valla los lleva a soportar terribles indignidades en vez de tomar una actitud firme. También tienden a sobreprotegerlos de agentes externos y es como si todo el tiempo les dijeran "soportaremos cualquier cosa pero no nos abandonen".

El fumador y la familia pueden solucionar el dilema mediante la droga. A través de la droga, el tabaco, el fumador puede ser apegado e infantil, aunque este distante. Así separarse de la familia es casi imposible. Dado el revuelo que produce el adicto cuando mejora o triunfa, el mensaje velado que el deberá permanecer en la incompetencia y la dependencia. Les dicen "Si tienes que separarte, hay un modo de conseguirlo: muriéndote". Desde esta perspectiva, la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático de la familia. La familia parece entender que el deceso del fumador a algún modo preservara el sistema o patrón familiar (Stanton, Todd, y cols, 1985).

Se ha observado que a pesar de que los fumadores dicen ser independientes, la mayoría de ellos mantienen estrechos lazos familiares,

aunque no vivan con los padres, tal vez residan en las cercanías, desde luego, vivir con los padres o verlos regularmente no es indicio de disfunción. El apego excesivo solo puede tomarse de forma indirecta de disfunción

En torno a la familia del adicto existe un clásico y trágico malentendido: la familia consulta a un especialista para que cure a uno de sus miembros que es "el elegido". Lo cual puede significar: "Haga que sea bueno". "que se comporte como se debe" o "que sea como la familia", oscilando los criterios hasta el extremo de "conviértalo en vegetal" o directamente "extermínelo porque es la manzana podrida que arruina la vida de todos nosotros, los buenos y sanos". La violencia que signa los vínculos intrafamiliares se instala en el interior del adicto. Se establece quién será "el elegido", y éste debe seguir ocupando ese lugar. En este caso, el fumador garantiza, sosteniendo su lugar de "enfermo, la "salud" del resto del grupo familiar.

Hay que tomar en cuenta que el tabaco produce una suerte de experiencia sexual, lo cual explicaría en parte el lenguaje coloridamente erótico y la ternura amorosa que los adictos relacionan con varios aspectos de su conducta, tratándolo como si fuera un amante. Como al parecer la conducta reduce el impulso sexual, de nuevo ofrece una solución para el dilema del adicto. El tabaco le brinda una experiencia cuasisexual sin deslealtad a la familia y, más obviamente a la madre. No tiene que formar una relación heterosexual pero en cambio se relaciona sexualmente con el tabaco (Stanton, Todd, y cols, 1985).

Con respecto al matrimonio y la familia de los fumadores de procreación se ha concluido en general que las relaciones diádicas en que se involucran los fumadores son repetición del núcleo familiar originario, con roles y patrones de interacción similares a los vistos en el progenitor del sexo opuesto (Stanton, Todd, y cols, 1985).

Los fumadores casados conviven mínimo con dos sistemas interpersonales: el matrimonio y la familia de origen. Como en general se pasa más tiempo en el contexto conyugal, este sistema parece ser el que más

influye en la conservación de la conducta. Además el fumador reconocía más fácilmente los problemas conyugales que las dificultades con sus padres. Al entrar a en tratamiento se veía que el adicto podía abandonar a la pareja y regresar a casa de sus progenitores, parecía que buscaba una excusa para regresar.

Se han encontrado tres tipos generales de diadas entre la pareja del fumador y su madre: en el primer tipo de relación hay un conflicto abierto entre ambas. El segundo tipo de relación que había, la nuera es tolerada, pero la madre a menudo intenta frustrar el matrimonio mediante sutilezas. El tercer tipo de relación ambas colaboran como si fueran dos hermanas o dos esposas jóvenes reaccionando ante el fumador como si fuera un bebé en corralillo (Stanton, Todd, y cols, 1985).

Como "nadie es original en su patología": el adicto, al igual que sus padres se constituirá en un ser-que-no-ve, no ve su cuerpo, no ve su destrucción. Es un negador. Desde el punto de vista psiquiátrico, estos elementos constituyen un pensamiento de tipo delirante, ya sea por el mantenimiento en actividad de la parte psicótica de la personalidad (no resolución de la simbiosis) o por su puesta en marcha: en ambos casos químicamente activada mediante las drogas.

3.5.4 COGNITIVO-CONDUCTUAL

Diversos componentes importantes se pueden observar en la conducta de fumar, como es el aspecto motor: jugar con el cigarro o el encendedor y todas las sensaciones táctiles que experimenta el fumador al realizar diversos rituales al fumar, como por ejemplo golpear la cajetilla, la forma en que quita el papel celofán, cómo sacar el primer cigarrillo etc.; por lo tanto pareciera que el paquete de cigarrillos adquiere entonces el valor simbólico de un objeto mágico que infunde seguridad, (Fajardo, 1995).

Dogana (1980) hacía referencia a que fumar puede ser sustituto de una acción, es decir, una especie de actividad psicomotriz que sustituye a otra

que está inhibida por causas exteriores o, también interiores, sirviendo como un medio de defensa para descargar ansiedades.

Según Becoña (1998), el proceso de hacerse fumador puede especificarse en cuatro fases:

La **Adquisición**, esto es, la prueba inicial y experimentación con el tabaco

La **Consolidación del consumo** o fase de fumador regular

El **Abandono del tabaco** pasando a ser ex fumador

La **Recaída y/o mantenimiento**: cuando el exfumador retoma su consumo de tabaco o se mantienen sin fumar.

El fumar es una conducta que generalmente se concreta en la adolescencia, etapa de vulnerabilidad, dados los cambios internos y externos que enfrenta el joven buscando consolidar su identidad, dirige su energía a la conquista de nuevos logros, de nuevos vínculos, requiere autoafirmación y se aferra fervorosamente a sus ideales.

El condicionamiento social juega un papel de suma importancia en el consumo del tabaco. Los factores determinantes son varios y coexisten en todo adolescente: la curiosidad, la imitación, la necesidad de aceptación social, la rebeldía y la necesidad de anticiparse a la adultez. Una de las interrogantes es ¿por qué unos siguen fumando y otros no?, esto depende precisamente de la fuerza de los factores determinantes, alimentada por el entorno del joven desde que es niño y la fuerza de las necesidades internas.

El modelo conductual sostiene que el individuo “aprende” una conducta en base a una serie de estímulos y respuestas. Los estímulos se derivan del medio ambiente, tanto familiar, escolar y en general de la vida diaria. Cada estímulo condiciona una respuesta (aprendizaje), y ésta depende de la fuente, la calidad del modelo y la forma cómo el individuo interpreta tales experiencias (OPS, 1997).

Becoña (1998) afirma que existen ocho factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar, esto es, en la prueba inicial del tabaco, antes de pasar a ser un fumador regular:

1. Factores de predisposición

1.1 Normas y valores de los iguales y de la familia sobre el tabaco

1.2 Personales:

- Inclinación hacia conductas problemáticas
- Anticipación a la adultez
- Extroversión
- Creencias tabaco-salud

1.3 Sociales: Aceptación social del consumo

2. Características sociodemográficas

2.1 Sexo

2.2 Edad

2.3 Clase social

2.4 Ocupación

2.5 Estudios

3. Disponibilidad

4. Coste económico

5. Publicidad y presión social al consumo

6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos

7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal

8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos

Cuando una persona prueba su primer cigarrillo siente efectos molestos tales como tos, mareos, náuseas, malestar, sequedad de boca, etc. El continuar consumiendo cigarrillos se debe a dos factores básicos: los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y los factores de reforzamiento.

Por un lado el tabaquismo está reconocido como una farmacodependencia, la hoja de tabaco contiene, como ya se había mencionado anteriormente, nicotina que es la sustancia que lo hace un agente adictivo, y es la que crea una fuerte adicción y tolerancia con su uso crónico.

La nicotina desarrolla en el sujeto que la utiliza dos tipos de dependencia: la dependencia física y la psicológica, como ya se había mencionado. La *dependencia psicológica* se instaura gracias a los factores de reforzamiento y por las expectativas que ya tenía el sujeto acerca de consumir tabaco. Un ejemplo de esto es que la nicotina, en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de una mayor cantidad de

noradrenalina, con lo que se produce un incremento de los impulsos y de elevación del estado de ánimo. Esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta; a esto se le llama un **reforzamiento positivo**. Por el contrario, cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superarlos fumando; esto es, ingiriendo la sustancia consigue anular los efectos desagradables que padece, lo que aumenta la probabilidad de que se repita la conducta. Esto se denomina **reforzamiento negativo** (Becoña, 1998)

Este proceso simple se complica de gran manera por las asociaciones entre las primeras situaciones de fumar, el tipo de reforzamiento, las personas, situaciones, ambientes, etc., en las que la persona se encuentra. De esta forma los fumadores ajustan su consumo de tabaco para procurar regular o mantener un nivel particular de nicotina en sangre.

El componente psicológico viene dado por el proceso, según el cual el apoyo social refuerza la conducta. Junto a los efectos de la nicotina e interactuando con ellos están los factores de condicionamiento, que pueden agruparse en cuatro (Becoña, 1998):

El *primero* es el producido por los efectos interoceptivos, discriminativos y subjetivos de la nicotina. Se ha encontrado que las sensaciones asociadas con fumar, en la tráquea especialmente, tienen una gran relevancia dado que son una fuente de satisfacción interoceptiva para los fumadores.

El *segundo* factor de condicionamiento es el papel de la nicotina como reforzador positivo. Éste es el mecanismo fundamental por el que las personas siguen consumiendo una droga: la droga produce satisfacción y se incrementa por tanto la ingestión de la misma cuando está disponible lograr este efecto.

El *tercero* es el papel de la nicotina como estímulo aversivo. Bajo ciertas circunstancias una droga, junto a sus efectos reforzantes positivos, puede elicitar aversión. Así, la nicotina en altas dosis es aversiva tanto a nivel subjetivo (malestar) como físico (por ejemplo, dolor de cabeza, vómitos, etc.).

El *cuarto* es que la nicotina puede funcionar como un estímulo incondicionado, esto es, como un estímulo que produce una sensación una respuesta incondicionada. Con ello su poder de generalización se incrementa, dado que puede producir no sólo respuestas incondicionadas, sino condicionadas a través del condicionamiento clásico.

Una vez que la persona ha comenzado a fumar y ha pasado a ser fumador regular, no reconoce ciertos datos que le son accesibles, en este caso referidos a la salud. Hay una infravaloración de las consecuencias del tabaco en la salud y se interpreta sesgadamente la información que posee a su favor en el sentido de creer que esos datos no le atañen o que no le van a afectar ni a corto ni a largo plazo. Una vez que se entra en la cadena de consumo descubre ventajas del mismo y los cigarrillos se convierten en una especie de herramienta psicológica para enfrentarse a distintos problemas. Conforme avanza su dependencia también aprecia que fumar sirve como una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones. Esto refuerza aún más el consumo y va apreciando en este período, que fumar es “útil”, que mediante él, piensa, funciona “socialmente mejor” o al menos “subjetivamente mejor”.

Carmody (1988) observó en diversos estudios las conductas de diversos fumadores en un contexto de interacción social en donde encontró que existían ciertos patrones de conducta que eran más o menos constantes como por ejemplo, fumar para mantener la boca cerrada y así disminuir la actividad de participación, desviar la vista de los demás para quitar la ceniza del cigarrillo o hacer una pausa al encender el cigarro para reprimir alguna emoción.

En suma el poder adictivo de la nicotina, los factores de condicionamiento relacionados con la misma y la interacción entre ambos hacen que esta conducta sea compleja. Complejidad que se incrementa con los otros factores presentes en la situación de consumo. Por ello no debe extrañarnos que cuando las personas quieran dejar de fumar les resulta difícil conseguirlo. Los factores de condicionamiento y los procesos

psicofarmacológicos interactúan entre sí en distintas situaciones que hacen que se instaure la permanencia del consumo y que sea difícil el abandono.

3.5.5 HUMANISTA-EXISTENCIAL

La toxicomanía, en este caso el consumo de tabaco, es uno de los mecanismos empleados para buscar alivio. Fumar es una posibilidad de resignarse, amordazando el dolor que implica esa resignación, a no poder extirpar de raíz las causas del mal que nos aflige, es un conformismo social.

Quizá el miedo más característico de la persona que consume tabaco sería el «miedo a toda verdad», que no es sino el miedo a enfrentarse a su realidad adictiva. El miedo sería el sustrato de su esclavitud existencial, y lo evidencia la destrucción de su personalidad a la que se ve sometido. Por este camino, enseguida concluiremos que todos somos susceptibles de seguir alguna conducta de tipo adictivo. Pero la diferencia entre dejarse llevar y auto dominarse estriba en saber someter los fantasmas que nos obsesionan al recipiente de la razón y así espantarlos. Toda persona alguna vez en su vida siente el miedo de la pulsión adictiva, pero cuando no lo consiente es porque de hecho prevé que lleva enroscado en sus entrañas una radical desesperanza. De igual modo, la persona que consume tabaco en vías de rehumanización experimenta que puede luchar y vencer a sus fantasmas más íntimos cuando se posicionan sobre ellos los destellos de la esperanza (Cañas, 2004).

La visión del mundo del «hombre inmediato» sería una clave de interpretación muy válida para explicar la conducta del buscador de placeres continuos y compulsivos, no sólo en el presente de una vivencia que necesita ser satisfecha ya, sino en el sentido de quien no es capaz de ganar distancia, no hay perspectiva alguna de su vida, ni pasada ni futura. Comprender al hombre-inmediato y la «inmediatez existencial» en la que vive el ser que consume tabaco nos va a aclarar sobremanera su estructura personal y vivencial.

El deseo de consumir tabaco viene de los dos procesos globales más opuestos de la libertad humana, las «experiencias de vértigo» y las «experiencias de éxtasis», que se producen al salir, de sí la persona para trascenderse a su propio yo. Merced a las experiencias de vértigo que lleva a cabo la persona adicta, difumina las fronteras de su yo, rompe los límites de la conciencia para entrar en un más allá por la vía rápida de la anulación personal, e incluso de la muerte anticipada. El vértigo le tiende una trampa existencial que la devuelve a la caverna desnuda de su realidad, una y otra vez, con dolorosa obstinación. Despertar para volver a dormir, alargar el sueño artificial para volver a lo real, para volver a empezar un ciclo sin solución de continuidad. Así las personas que consumen tabaco a menudo siguen llevando con naturalidad su vida diaria, aunque desarrollen una práctica adictiva más o menos frecuente o pasajera, hasta el día en que caen en la situación límite de una única realidad obsesiva: vivir para consumir tabaco (Cañas, 2004).

El consumo de tabaco es cada vez más normal en la convivencia social, sobre todo como conciencia social cómplice y permisiva. Aún parece excesivo hablar de «cultura adictiva», pero se advierte el uso culturizado del consumo de tabaco dando por sentado que estamos ante un fenómeno social ya habitual, ya que nuestra cultura camina hacia este camino.

La persona que irá ordenando progresivamente su existencia hacia la búsqueda de esa obsesión y, en cierto sentido, vivirá casi exclusivamente para ella. Aunque al principio comience por curiosidad, para evadirse o para eliminar el malestar de la vida, la adicción llegará a ser el único centro de interés de su existencia.

El consumo de tabaco de las personas no es sencillo de delimitar, puesto que no es algo concreto y aislable *del* resto de sus comportamientos cotidianos, sino que, por el contrario, se encaja dentro de un *continuum* de actuaciones vitales en el que no hay separación entre las conductas adictivas y las que no lo son hacen lo que hacen de modo compulsivo, y ello marca la

frontera entre lo que es una actividad placentera más en la vida, que tiene 1 momento y su lugar, y lo que hacen las personas adictas (Cañas, 2004).

Las personas que consumen tabaco en particular, se observan rasgos de personas inestables emocionalmente, y sobre todo muy necesitadas de afecto, porque arrastran tempranamente en sus vidas experiencias de falta de autoestima y de autovaloración positiva, así como de desconfianza e incomunicación, y de incompetencia social, entre otras causas porque no saben controlar su afectividad y la ponen al servicio casi exclusivo de la obtención del placer por el placer o placer adictivo (Cañas, 2004).

El «dependiente» no es solo un enfermo que padece una enfermedad física y mental: su tratamiento únicamente medico-psicológico está abocado al fracaso si se renuncia a la rehumanización de su persona, que es la verdadera perspectiva global aportada por la antropología filosófica sobre la condición humana. Ya EG. Schelling, desde su romanticismo, intuyó correctamente que «el enfermo, como todo hombre, es inagotable» (Jaspers, 1955).

Ante este panorama, al terapeuta no sólo no le está permitido abandonar, sino al contrario, tiene ante sí el reto personal y profesional ilusionante de generar esperanza en la sociedad, y en los adictos más necesitados en particular, porque sabe que cuando una persona dice «-yo soy así y no puedo cambiar» está emitiendo un juicio falso, entre otras razones porque no tiene la perspectiva de la vida que da la experiencia de la madurez, y porque, como veremos, se puede salir de todos los aparentemente pozos sin fondo. James Hillman, hace esta aguda observación: «estos tormentos también conciernen a nuestra victimizada y psicopática condición de heridos, que nos lleva a gritar: "¡No puedo hacer nada al respecto!" Cambiar verdaderamente significa también cambiar incluso en ese nivel psicopático definido clínicamente como incapacidad de cambiar» (Cañas, 2000).

Es posible afrontar con esperanza la problemática de las adicciones desde el lado más específicamente humano y, por tanto, más integral. Si desde el primer paso explicativo que damos entendemos que la conducta adictiva es el

síntoma de un profundo vacío existencial previo, entonces la prioridad se nos presenta en la persona y en su rehumanización, no en la adicción, ni en el tabaco en particular. Y ello es fundamental desde los inicios, pues la perspectiva elegida condiciona cada uno de los aspectos posteriores del problema: prevención, rehabilitación, etc. (Cañas, 2000).

Los terapeutas que trabajan desde la perspectiva de la rehumanización constatan a diario la eficacia de asociar la adicción con el vacío existencial. Desde el primer contacto con el fumador o adicto, se pronuncia la sentencia «te sientes vacío», o «la vida te sabe a estopa», inmediatamente responde «así me siento». Al principio puede parecer un concepto muy abstracto, pero cuando una y otra vez la persona se identifica con su significado, se produce un concepto científico porque es sistemático, hasta el punto de que para la psicoterapia actual «se ha convertido en una de las palabras talismán que se utilizan con más frecuencia, y que en ese primer momento rompe más mecanismos de defensa y conecta más vivencialmente con el joven» (Cañas, 2000).

Es decir, que las consecuencias de la opción adictiva son siempre de vacío existenciales. Pero lo contrario también es cierto, que las consecuencias del vacío existencial son la opción adictiva.

Es la misma situación en un movimiento de ida y vuelta circular: la persona que vive dispersa en la superficie del obtener placer por el placer, vive sola, a veces en una soledad total, acrítica, sin creencias ni compromisos, desmoronada psíquicamente. Se encuentra con que carece de horizonte por el que vivir, sin un sentido vital, sin un proyecto de vida que vaya más allá de lo inmediato y de lo pragmático, y termina por sentir que él mismo se ha perdido. Eso es el vacío. Pero, aún dándose cuenta de su situación, se niega a responsabilizarse de sus errores, se niega a responsabilizarse de sí, y se abandona inerte a su vacío existencial. Hasta que no busque y encuentre la raíz de su vacío no podrá rehumanizarse. De tal modo que las conductas adictivas y las adicciones de cualquier tipo que sean son sobre todo un analgésico a la fatiga de vivir, y una escapatoria par aplazar a un eterno

mañana la asunción de las responsabilidades personales cotidianas.

Sin olvidar los factores personales psicológicos, sociales y culturales, incluso políticos y económicos, que influyen en las decisiones de las personas que consumen tabaco, los programas de ayuda realistas y efectivos se centran en devolver la responsabilidad individual a cada persona adicta tanto a la hora de explicar su decisión de empezar como a la hora de querer abandonar ese camino deshumanizante y rehumanizarse.

3.6 PERSONALIDAD Y CONSUMO DE TABACO

3.6.1 COMORBILIDAD PSIQUIATRICA Y CONSUMO DE TABACO

Desde el inicio del estudio del tabaquismo como una dependencia, ha surgido en forma imperativa la necesidad de estudiar sus implicaciones en las patologías psiquiátricas, particularmente tras evidenciarse claras asociaciones entre dependencia de nicotina y enfermedades como depresión mayor, trastornos de ansiedad y esquizofrenia entre otras (Gurrea, 2004).

Aunque el interés en los efectos del tabaquismo sobre la salud creció rápidamente entre los años 60 y 70, el interés y los estudios sobre la relación entre la nicotina y los trastornos mentales es un fenómeno mucho más reciente.

La importancia de esclarecer las relaciones existentes entre la dependencia de nicotina y otras patologías psiquiátricas, radica en la influencia que estas pudieran tener en el tratamiento de esta dependencia, y en el mejor entendimiento de las bases neurobiológicas tanto de la dependencia de nicotina como de los distintos trastornos psiquiátricos asociados.

El objetivo de esta revisión es describir las relaciones más frecuentemente encontradas entre trastornos psiquiátricos y dependencia de nicotina (Santander, Seijas y Jiménez, 1999).

Breslau et al (1991a), observaron que individuos fumadores con dependencia de nicotina, a diferencia de los fumadores no dependientes, presentan tasas más altas de depresión mayor, siendo estas de 19.2% en pacientes con dependencia leve y del 39% en los pacientes con dependencia moderada, frente a las tasas del 10.1% en los pacientes no dependientes. Se han hallado idénticas características entre síntomas depresivos y tabaquismo en poblaciones específicas dentro de los EEUU, como es el caso de los latinos o más recientemente de los chinos (Tsoh, 2003).

Tanto el estudio de Hughes et al (1986), como el de Breslau et al (1991), fueron fundamentales para empezar a entender la importante y estrecha relación que parecía vislumbrarse entre la dependencia a la nicotina y la depresión mayor, pero adolecían de ser estudios transversales.

En un estudio prospectivo, Breslau et al. (1993), encontraron que en adultos jóvenes con historia de depresión mayor aumentaba el riesgo de progresión hacia dependencia de nicotina y a grados más severos de dependencia. Esto podría explicar el hecho de que personas con historia de depresión mayor reporten un menor éxito en el tratamiento para dejar de fumar.

En otra investigación en la que participaban solamente fumadores con intentos fallidos por dejar de fumar, se observó una alta prevalencia de historia de depresión mayor (Glassman et al., 1998). Trabajos posteriores realizados en población general han corroborado estos resultados iniciales (Glassman, 1990; Anda, 1990).

El trastorno bipolar es el segundo trastorno mental de más elevada comorbilidad con abuso de sustancias. Se estiman entre el 20 y el 70% de casos comórbidos. La comorbilidad incrementa el riesgo de suicidio en esta patología (Tohen y cols., 1998; Mueser y cols., 1999; Tondo y cols., 1999; en Vallejo, 2002).

En un estudio retrospectivo se comparó un grupo de 51 pacientes con trastorno bipolar con una muestra de la población general. Encontrando que el trastorno bipolar, al igual que otros trastornos psiquiátricos, está asociado tanto

con el uso de tabaco, sobre todo en varones, como con la dependencia, por igual en ambos sexos. También se encontró, al igual que en la población general, una asociación positiva entre tabaco y alcohol. Los pacientes con trastorno bipolar presentaban tasas de consumo de tabaco más elevadas que la población general, con cifras del 51% frente al 33% de los controles, y además fumaban una mayor cantidad de cigarrillos (González-Pinto, 1998).

También hay un estudio (Corvin, 2001) sobre la dependencia nicotínica y su relación con síntomas psicóticos en pacientes fumadores con trastorno bipolar, en el que se encuentra una relación significativa entre tabaquismo y antecedentes de síntomas psicóticos. Además hay una relación proporcional entre severidad del tabaquismo y cantidad de clínica psicótica, y se objetiva que la prevalencia y la severidad del tabaquismo son predictores de la severidad de esta. Los datos obtenidos con pacientes con trastorno bipolar son importantes, pero todavía deberán realizarse estudios más amplios.

Al-Subaie, Abdullah Sultán, en 1999, examinaron el predominio de la dependencia a la nicotina y su relación con la depresión y la ansiedad entre los estudiantes universitarios Sauditas. Una muestra de estudiantes universitarios fue seleccionada e incluyó número igual de varones que de mujeres. Los hallazgos fueron que la dependencia de nicotina está asociada con la depresión y la ansiedad entre los estudiantes universitarios Sauditas. (Al-Subaie, 1999). A principios del año 2003 Tselebis Athanassios determinaron la relación de la ansiedad y de la depresión con el comportamiento de fumar en una muestra de 80 médicos y cirujanos, usando la escala de la ansiedad del Estado-Rasgo de Spielberger y el Inventario de Depresión Beck, 27 doctores eran no fumadores, 14 eran fumadores anteriores, y 39 eran fumadores actuales. (Tselebis, 2003).

Existen trabajos que han intentado determinar la relación entre tabaquismo y trastornos de ansiedad, obteniendo resultados discrepantes. Estudios realizados en población general no han demostrado que exista una clara asociación entre ambas (Glassman, Helzer, Covey, Cottler, Stetner, Tipp, Johnson 1990, Anda, Williamson, Escobedo, Mast, Giovino, Remington, 1990,

Goff, Henderson, Amico, 1992). Por otra parte en investigaciones entre pacientes psiquiátricos, se encontró una alta prevalencia de tabaquismo entre pacientes con trastornos de ansiedad (Hughes, Hatsumaki, Mitchell J et al., 1986). Breslau (1991) demostraron que la asociación entre trastornos de ansiedad y tabaquismo sólo era significativa en aquellos fumadores con dependencia de nicotina, y que la intensidad de esta asociación variaba con el nivel de severidad de la dependencia. Posteriormente se describió que personas con historia de cualquier trastorno de ansiedad reportaban síntomas de privación de nicotina más severos que las personas sin dicho antecedente (Breslau, Kilbey, Andreski, 1992).

Breslau (1996) demostró una asociación significativa entre ansiedad y dependencia de la nicotina. Aquellas personas con una historia de trastornos de ansiedad (no las personas dependientes de alcohol o drogas) sufrían síntomas de abstinencia más graves. Durham, demostró que la ansiedad, al menos entre los hombres, estaba significativamente relacionada con fumar y con la incapacidad de dejarlo incluso después de controlar los trastornos de depresión mayor y alcoholismo.

La explicación de la asociación existente entre tabaquismo y trastornos de ansiedad no está clara, ya que no existe acuerdo en que el fumar disminuya los síntomas de ansiedad en estos pacientes. Es interesante señalar que si bien existiría una clara mayor frecuencia de tabaquismo en pacientes con trastornos de ansiedad, aparece como excepción el trastorno obsesivo compulsivo con una prevalencia de tabaquismo de solo un 9%, claramente menor que la de la población general (Pomerleau, 1997).

En diversos estudios se ha evidenciado una mayor frecuencia de tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos (sobre el 80%), comparado con los pacientes psiquiátricos en general (35% - 54%) y con la población general (30% - 35%) (Hughes, 1986, Goff, Henderson, Amico, 1992, De León, Dadvand, Canuso, Odom White, Stanilla, Simpson, 1995).

En un trabajo realizado por Goff (1992), se vio que la tasa de tabaquismo fue más alta entre los pacientes esquizofrénicos (significativamente mayor en hombres). Además encontraron que las dosis de neurolépticos eran dos veces mayor para los fumadores que para los no fumadores. Esto concuerda con el hallazgo de que existe una elevación del clearance de las drogas neurolépticas inducidas por el tabaquismo. En relación al parkinsonismo inducido por neurolépticos, se encontró una significativa disminución entre los pacientes fumadores (que recibían dosis mucho mayores). Estos autores especulan que el tabaquismo podría tener un efecto protector antiparkinsoniano más que una tendencia de los pacientes a fumar en respuesta a síntomas extrapiramidales.

Las razones por las cuales los pacientes esquizofrénicos fumarían más continúan siendo estudiadas. Esta asociación se debería en parte al uso del tabaco como automedicación, en respuesta al proceso psicopatológico subyacente o a los efectos colaterales del tratamiento neuroléptico. La nicotina al aumentar la descarga sobre las células dopaminérgicas del área tegmental ventral sería usada como automedicación por los pacientes esquizofrénicos, especialmente aquellos en que predominan los síntomas negativos, en los cuales existe una disminución de la actividad de la corteza prefrontal, denominada hipofrontalidad (Nisell, Nomikos, Svensson, 1995). Otros factores que parecen influir en esta relación son el aburrimiento, la institucionalización prolongada y el pobre control de los impulsos en los pacientes con esquizofrenia.

La evidencia acerca de la fuerte asociación entre tabaquismo y comorbilidad psiquiátrica en adultos, ha motivado investigaciones con el propósito de ampliar el conocimiento existente acerca de la psicopatología del adolescente fumador. En un estudio en que se examinó esta relación (Brown, Lewinsohn, Seeley, Wagner, 1996), entre los adolescentes fumadores, un 67% tenían historia de trastornos psiquiátricos comparado con un 33% en los no fumadores. Se encontró una significativa asociación entre trastornos del comportamiento y tabaquismo. En otra investigación (Milberger, Biederman, Faraone, Chen, Jones, 1997), el trastorno de déficit atencional del niño se

relacionó a una mayor frecuencia de tabaquismo, y demostró ser un factor de riesgo para el inicio precoz del hábito. Para los autores esta asociación estaría relacionada con la "hipótesis del receptor nicotínico". Estos receptores modulan la actividad dopaminérgica y la disregulación dopaminérgica sería el sustrato fisiopatológico del trastorno de déficit atención del niño.

Los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) difieren de la población en general en cuanto a los rasgos de personalidad (Bejerot, Ekselius y Von Knorring, 1998). Un estudio realizado con las Escalas Karolinska de Personalidad, obtuvieron rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos específicos mediante cuestionarios de autoinforme, los cuales indican que los sujetos no fumadores con TOC son significativamente más hipersensibles, se preocupan y anticipan más, tienen una mayor falta de confianza en sí mismos así como más remordimientos, están más avergonzados por malos pensamientos, se fatigan con más facilidad, se inquietan más cuando los instan a darse prisa o a encarar nuevas tareas, son más escrupulosos y planifican con más cuidado antes de emprender la acción, en medida significativamente mayor que los sujetos fumadores con TOC.

La tasa de tabaquismo es sumamente baja entre los sujetos con TOC y rasgos marcados de Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad (TOCP), mientras que el tabaquismo de los sujetos con TOC y rasgos de TOCP desdeñables es similar al de la población normal. Los factores psicológicos en el tabaquismo pueden diferir también entre los varones y las mujeres (Bejerot, Von Knorring y Ekselius, 2001).

Hughes (1986) encontró que el porcentaje de fumadores según diagnósticos psiquiátricos fueron: 88% en esquizofrenia, 70% en manía, 49% en depresión mayor, 47% en trastornos de ansiedad, 46% en trastornos de la personalidad y 45% en trastornos adaptativos. Estos datos son coincidentes con los de estudios posteriores, en los que observamos que la enfermedad mental en que se observa la prevalencia más elevada de fumadores es la esquizofrenia, con cifras entre 52% y el 88% según estudios, llegando incluso hasta el 90% entre pacientes esquizofrénicos crónicos institucionalizados (De

Leon, 1995). La prevalencia en la depresión mayor oscila entre el 31% y el 61% según estudios. Hay otro estudio que sin embargo encuentra similares tasas de dependencia nicotínica entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con depresión mayor. También refiere que aunque antes de los 20 años las tasas del inicio del consumo son similares entre pacientes con esquizofrenia, con depresión mayor o controles, después de los 20 años estas tasas son mayores en pacientes con esquizofrenia que en pacientes con depresión mayor, y a su vez son mayores en estos que en controles (De León, 2002). De León et al. realizaron un estudio comparativo entre EEUU y España para cotejar las tasas de dependencia nicotínica severa entre enfermos mentales graves de ambos países. Encontraron que la tasa de alta dependencia nicotínica no difería en el caso de los enfermos mentales, aunque sí era superior entre los controles.

El alcohol y tabaco son, con gran diferencia, las drogas con el mayor número de adictos en el mundo. Son también las sustancias que comportan el mayor coste sanitario y social. Comparten legalidad y ello les permite estar omnipresentes en nuestra sociedad. A pesar de que la mayoría de fumadores siempre fuman cuando beben alcohol, o de que más de las tres cuartas partes de los alcohólicos sean también fumadores, poca ha sido la importancia que le ha dado el mundo científico al estudio de la interacción y comorbilidad de ambas sustancias. Se diría que la sociedad hace la vista gorda a las tremendas repercusiones socio-sanitarias de esta verdadera politoxicomanía institucionalizada, y que la comunidad científica no es ajena a esta inhibición (Becoña, 2004).

El 8.6% de los españoles de 15-64 años mantiene hábitos de consumo de alcohol abusivo o problemático. Por géneros, el porcentaje es de 12,4% en hombres y 4,7% en mujeres. Los bebedores de riesgo presentan una mayor prevalencia de tabaquismo que los no bebedores de riesgo (62,1% vs. 38,2%). No sólo eso, los bebedores de riesgo empiezan a fumar antes que los no bebedores (15,36 vs. 16,5 años de edad), y consumen mayor cantidad de cigarrillos (17,1 vs. 14,3 cigarrillos).

En Estados Unidos la prevalencia de alcohólicos fumadores se sitúa entre el 3.4% y el 6.9% de la población de 15 a 54 años. Por grupos de edad, la población entre 22 y 25 años es la que presenta un mayor número de casos, siendo del 14% en hombres y entre el 8% y el 10% en mujeres. En el mismo país, más del 20% de los fumadores tienen un historial de abuso de alcohol u otras dependencias. Entre el 80% y el 90% de los alcohólicos fuman y más del 75% de ellos se plantearon dejar de fumar durante o después del tratamiento del alcoholismo, cuando se les preguntó al respecto en un estudio que pretendía conocer la intención de los pacientes (Becoña, 2004).

3.6.2 ESTUDIOS SOBRE CONSUMO DE TABACO Y PERSONALIDAD

En un conocido estudio de 1979 y en su revisión de 1982, Craig y Baker valoraron las historias clínicas de más de 3,000 sujetos con adicciones agrupándolos en 51 grupos diferentes. Observo que las puntuaciones más altas de estos sujetos en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, estaban en los índices de depresión y de desviación psicopática y que solamente un 3% de la población estudiada presentaba perfiles que podían considerarse normales, aceptó durante mucho tiempo como causa primaria, por no decir exclusiva, del consumo. La aceptación de la probable existencia de una <personalidad adictiva> permitía una explicación univariante y parcial de este tipo de trastornos y vino a sustituir los intentos tempranos de hacer de las propiedades «demoníacas» de las sustancias consumidas la causa de las drogodependencias (Roca, 2002).

La prevaecía del consumo de sustancias en los sujetos con trastorno de la personalidad es mucho mayor que en la población general. Grilo y cols. (14) estudiaron la comorbilidad de sujetos consumidores frente a sujetos no consumidores. Observaron que los primeros presentaban mayores tasas en los diagnósticos del grupo B, lo que confirmaba los trabajos anteriores.

Como posibles causas de estas diferencias, se ha señalado la diversidad de instrumentos, entre ellos el MMPI, la variedad de las sustancias que utilizan

los sujetos con diagnóstico de trastorno de la personalidad y la diversidad de los patrones de consumo que presentan.

Es a partir de los años 60 cuando emerge la tradición de investigaciones interesadas en dilucidar la relación que existe entre la conducta de fumar y los rasgos de personalidad de los fumadores (Eysenck, 1960, 1963, 1965, 1967, 1973; Cattell y Krug, 1967; Smith, 1969; Rode y Shephard, 1971; Coan, 1973; Stacker y Bartmann, 1977; Malcolm y Shephard, 1978; Powell et al., 1979). El interés de éstas y posteriores aportaciones científicas se explica a partir de la confluencia de dos circunstancias decisivas.

Por una parte, la toma de conciencia primero por parte de los profesionales de la salud y después de los poderes públicos de que el tabaquismo es un comportamiento que, como se ha apuntado, perjudica seriamente la salud, constituyendo el principal factor de riesgo para la salud evitable en la actualidad, responsable de múltiples patologías crónicas (pulmonares, cancerígenas, cardíacas, etc.) y fallecimientos prematuros (O. M. S., 1974, 1979, 1984 ; Kramer y Cameron, 1975; Miller y Slap, 1989).

En segundo lugar, la constatación de que la evaluación de los rasgos de personalidad puede servir a efectos no sólo de descripción, comprensión, clasificación y, en suma, de evaluación psicológica, sino también con finalidad predictiva y discriminativa como indicadores de riesgo, en la medida en que se asocian con la conducta de fumar. La sensibilización e interés que suscitan este tipo de estudios se ha extendido en la última década a nuestro entorno concretándose en diferentes investigaciones (Pérez, 1980; Pérez y García-Sevilla, 1986; Calafat, Amengual, Farres y Palmer, 1986; Torres, 1986; Fernández-Bóveda, 1987).

Con las escalas de personalidad se persigue el diferenciar a los fumadores de los no fumadores a través de alguna característica de personalidad. Hace ya 40 años, Eysenck, Tarrant, Woolf y Englan (1960) hallaron que los fumadores severos eran más extravertidos que los fumadores normales; y éstos eran a su vez más extravertidos que los fumadores

moderados. Eysenck se apoyó en la teoría de la activación para explicar dichos resultados. Los sujetos extravertidos poseen un nivel de activación del sistema nervioso central más bajo que los introvertidos. Otros estudios han confirmado esta relación entre mayor extraversión y consumo de cigarrillos (Cherry y Kiernan, 1976). Sin embargo, otros autores como Mangan y Holding en 1984 no creyeron que la extraversión se relacione con el consumo de cigarrillos. Dichos autores consideran que la variable extraversión está modulada por otros factores, tales como, el consumo de café, té y alcohol (Becoña, 2004).

Además, aunque la extraversión pueda explicar la iniciación al uso del tabaco, no explicaría el mantenimiento del consumo. También hay evidencias de que los sujetos más extravertidos tienen mayores tasas de abandono en programas formales para dejar de fumar (Ashton y Stepney, 1982). También se ha estudiado el locus de control (Baer y Lichtenstein, 1988), aunque no se ha encontrado que los fumadores tengan un mayor locus de control externo que los no fumadores, y que los fumadores con mayor locus de control interno consigan tasas de abandono más elevadas en los programas para dejar de fumar (Becoña, 2004).

Junto a ello, se han utilizado en distintos estudios, inventarios, cuestionarios y escalas diversas de personalidad, como el MMPI, CPI, etc., Los estudios con ellos, pretenden describir a los fumadores, encontrar comorbilidad asociada o encontrar características de personalidad previa, concurrente o causante del consumo de tabaco, una escala que ha mostrado ser discriminativa, tanto en fumadores como en otras drogas, es la de impulsividad. Los fumadores tienen una mayor puntuación en impulsividad respecto a los que nunca han fumado (Mitchell, 1999).

La constatación de que la evaluación de los rasgos de personalidad puede servir a efectos no sólo de descripción, comprensión, clasificación y, en suma, de evaluación psicológica, sino también con finalidad predictiva y discriminativa como indicadores de riesgo, en la medida en que se asocian con el hábito de fumar. La sensibilización e interés que suscitan este tipo de

estudios se ha extendido en la última década a nuestro entorno concretándose en diferentes investigaciones (Pérez, 1980; Pérez y García-Sevilla, 1986; Calafat, Amengual, Farres y Palmer, 1986; Torres, 1986; Fernández-Bóveda, 1987).

Las investigaciones referidas y otras posteriores han dejado demostrado que existen diferencias significativas asociadas a los rasgos de personalidad entre fumadores y no fumadores (Smith, 1970, 1986; Reynolds y Nichols, 1976; Spielberger y Jacobs, 1982; Chauhan, 1983; Charlton y Blair, 1989; Plesec, 1989; Geist y McNew, 1990).

Ibáñez A, 1995 realizó un estudio para encontrar un perfil de personalidad en adolescentes fumadores y no fumadores con el test de los 16 factores de Cattell (16PF), los rasgos encontrados son: extraversión, impulsividad, disposición a la trasgresión, a ser emprendedor y dominante, son los principales atributos de personalidad que diferencian al fumador del no fumador. En general los sujetos fumadores son característicamente más extravertidos, presentan menor socialización controlada, son más dominantes, descuidados o impulsivos y más emprendedores.

Dichos estudios muestran que las personas que consumen tabaco poseen ciertas características de la personalidad, que impactan directamente sobre su conducta de fumar.

Las investigaciones referidas y otras posteriores han dejado demostrado que existen diferencias significativas asociadas a los rasgos de personalidad entre fumadores y no fumadores (Smith, 1970, 1986; Reynolds y Nichols, 1976; Spielberger y Jacobs, 1982; Chauhan, 1983; Charlton y Blair, 1989; Plesec, 1989; Geist y McNew, 1990).

MÉTODO

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La persona que consume tabaco puede tener rasgos específicos de personalidad, que puede influir en la adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar, por ello es muy importante estudiar la relación de estas variables en nuestra población mexicana y sobre todo en la población que está siendo tratada en las Instituciones de Salud Pública, como la de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, donde se realizó este estudio, con la finalidad de brindar un mejor tratamiento a la población que asiste a esta institución.

El propósito de esta investigación es poder establecer si existe un perfil de personalidad común en los pacientes que consumen cigarrillos y que asisten a la Clínica Contra el tabaquismo del Hospital General de México, teniendo en cuenta que esta población no es representativa de toda la población mexicana, ni de la población que asiste a Clínicas para el tratamiento del tabaquismo.

Para la presente investigación se conformó una batería de pruebas psicológicas y una historia clínica, algunas de ellas ya se aplicaban en la Clínica contra el tabaquismo, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y Motivos de fumar de Russell, pero para los fines de la presente investigación se estimó conveniente incluir el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota versión II (MMPI II), para poder establecer un perfil de personalidad, así como un psicodiagnóstico para su posterior tratamiento.

4.2 OBJETIVOS

- *General*

- Determinar qué perfil de personalidad tiene la población que consume tabaco y que asisten a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México Organismo Descentralizado (O.D.).
 - *Específicos*
- Determinar si la población presenta estados de depresión.
- Determinar si la población presenta estados de ansiedad.
- Determinar si la población tiene un motivo para fumar específico.
- Determinar si existe algún rasgo de personalidad predominante dentro de las diez escalas básicas clínicas del MMPI II.
- Determinar si existe rasgos de personalidad característicos en las escalas de contenido.
- Determinar si existe rasgos de personalidad característicos en las escalas suplementarias.

4.3 HIPÓTESIS

Ho1: Existe un perfil de personalidad característico en las personas que consumen tabaco.

Hi1: No existe un perfil de personalidad característico en las personas que consumen tabaco.

Ho2: Existen estados de depresión grave en las personas que consumen tabaco.

Hi2: No existen estados de depresión grave en las personas que consumen tabaco.

Ho3: Existen estados ansiedad grave en las personas que consumen tabaco.

Hi3: No existen estados de ansiedad grave en las personas que consumen tabaco.

Ho4: Existe el motivo de fumar de Russell de Reducción de Tensión en las personas que consumen tabaco.

Hi4: No existe el motivo de fumar de Russell de Reducción de Tensión en las personas que consumen tabaco.

Ho5: Existe el motivo de fumar de Russell de Reducción de Tensión en las personas que consumen tabaco.

Hi5: No existe el motivo de fumar de Russell de Reducción de Tensión en las personas que consumen tabaco.

Ho6: Existe un perfil de personalidad en el Inventario Multifásico de la Personalidad II (MMPI- II).

Hi6: No existe un perfil de personalidad en el Inventario Multifásico de la Personalidad II (MMPI- II).

4.4 VARIABLES

- *Variable:* Personalidad

- *Variable:* Depresión

- *Variable:* Ansiedad

- *Variable:* Consumo de tabaco

- *Variable:* Motivos de consumo de tabaco

4.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable Personalidad

- La personalidad es definida como pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijos y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos; El estudio de la personalidad se entrecruza con otras áreas afines de la psicología, es el punto donde convergen los estudios de desarrollo humano y el cambio de anomalías, competencias y satisfacciones, es sorprendente ya que para muchos psicólogos el sujeto de estudio de la personalidad no es ni más ni menos que la personalidad total.

Hay que aclarar que la personalidad es un constructo, no un objeto tangible, el cual está conformado por dos aspectos, el nomotético y el ideográfico, el primero se refiere a los aspectos metodológicos y el segundo se refiere a como se aborda el estudio del comportamiento del individuo, esto quiere decir que estudia las razones estructurales de la personalidad de un individuo a partir de estas se pueden dar principios de explicaciones hipotéticas-deductivas y crear teorías para poder estudiar la personalidad.

La personalidad expresa a través de cada conducta, una vez que está conformada ya no se puede eliminar, los criterios que la estructuran son: la unidad que es todas las conductas que están englobando la personalidad, la estabilidad se refiere a todas esas conductas que se mantiene constantes sin presentar cambios significativos y también se encuentra la integración que es la adquisición de todas las conductas

que van a conformar a la personalidad. Todas ellas interactúan de manera recíproca para que se definan y establezca una personalidad.

Variable Depresión

- La depresión “es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de la energía, una reducción de la autoestima, trastornos de la vida instintiva y una variedad de otros síntomas” (Castilla, 1987). La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. De acuerdo a la Secretaría de Salud (2002), “la depresión es un desorden que casi siempre se presenta de manera oculta, con fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas”. Básicamente un trastorno del estado de ánimo, no se debe a problemas mentales o físicos, pero tiñe de un color oscuro toda nuestra vida. A tal punto, que interfiere severamente en las relaciones afectivas, laborales o sociales (Instituto de Terapia Cognitiva, 2000). Aarón Beck en su libro sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión (1976), menciona que “el término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido, en esos casos es considerado un síndrome o conjunto de síntomas, que pueden variar de leves a graves. El término depresión se ha utilizado para designar una entidad nosológica definida, generalmente, se le añade algún adjetivo que indica el tipo o forma de que se trata...”

La depresión es una perturbación compleja. Es un síndrome con diversos matices sintomáticos, tiene un gran número de causas y sus repercusiones son tanto a nivel psíquico como social y personal. Las

definiciones que se pueden encontrar se enfocan en los síntomas mas frecuentes para poder definirla.

Variable Ansiedad

- Ansiedad, temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

Variable Consumo de Tabaco

- Fumar cigarrillos es la manera más frecuente de consumir tabaco en el mundo, se caracteriza por la búsqueda o uso repetitivo y compulsivo de la sustancia adictiva, la nicotina, esto independientemente de sus consecuencias perjudiciales. Otra manera de describir el consumo de tabaco consiste en computar el número de cigarrillos fumados diariamente.

Variable Motivos de consumo de tabaco

- Russell (1987) identifico y designo ciertas motivaciones que llevan a los individuos a consumir tabaco, las cuales influyen en el mantenimiento y recaída en esta adicción; los motivos de fumar nos indican cual es la percepción del sujeto con respecto a su forma consumir y las razones por las que fuma. Los motivos que lo sujetos logran identificar al consumir tabaco son:
 - *Estímulo*: fuma como una forma de activarse
 - *Manipulación*: su motivo es el ritual que se realiza para fumar un cigarro
 - *Relajación*: su motivo es obtener placer en periodos de descanso
 - *Reducción de tensión*: fuma para tranquilizarse o sobrellevar estadios displacenteros de ansiedad o tensión
 - *Necesidad*: fuma porque ya existe una dependencia física a la nicotina.
 - *Adicción*: fuma al sentir los síntomas del síndrome de abstinencia.

4.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

- *Variable*
Personalidad: Se midió a través del Inventario Multifacético de la Personalidad MMPI II el cual daría un perfil de personalidad con seis escalas de Validez, diez escalas Básicas, 15 escalas de Contenido y 12 escalas Suplementarias.

Variable

- Ansiedad: Se medió con el Inventario de Ansiedad de Beck

Variable

- Depresión: Se medió con el Inventario de Depresión de Beck

Variable

- Consumo de Tabaco: La cantidad de Cigarrillos que la persona consume en un día que dada la muestra de la Clínica Contra el Tabaquismo se va a tomo el rango de entre 1 a 45 cigarros.

Variable

- Motivos de consumo de tabaco: se midió con el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell.

4.7 SUJETOS

La muestra fue integrada por, 107 participantes, de los cuales 68 son mujeres y 39 son hombres, con un rango de edad de 21 a 71 años, siendo 48 años la edad promedio más frecuente de las personas que consumen tabaco y que asisten a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México.

4.8 MUESTREO

La muestra se conformó de manera no probabilística, en un muestreo por conveniencia, debido a que los sujetos fueron los disponibles, no son representativos de toda la población de las personas que consumen tabaco, siendo sólo representativos de los pacientes que asisten a la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México O.D. para dejar de fumar, no incluyó a las personas que ya habían dejado de fumar que también asisten a la Clínica, ni a la población mexicana que consume tabaco sin asistir a alguna institución para dejar de fumar o lo hacen solos, lo cual crea un sesgo para realizar un perfil de personalidad del consumo de tabaco.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes masculino y femeninos mayores de 18 años y menores de 70 años que consuman tabaco y asistan a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México.
- Acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que lleguen a la Clínica Contra el Tabaquismo y ya no estén fumando, ya que puede crear un sesgo al querer trazar un perfil de las personalidad de la persona que consume tabaco.

Criterios de eliminación:

- Casos en los que la contestación de los instrumentos este inconclusa.

4.9 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio es Descriptivo de una sola muestra, ya que se tiene como objetivo, indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables, es un estudio no experimental, en el que no hubo manipulación de variables, sólo se describió la forma en que se presentó cada una de ellas y la relación que pudiese existir entre éstas.

Diseño

El diseño es del tipo transversal, ya que es de una sola medición al principio del tratamiento, en el cual se hizo una descripción de los rasgos característicos de la personalidad de las personas que consumen tabaco.

4.10 INSTRUMENTO(S) Y/O MATERIAL(ES)

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación para la recolección de los datos son:

- Entrevista Clínica (Ver anexo 1)
- Inventario de Depresión de Beck (Ver anexo 2)
- Inventario de Ansiedad de Beck (Ver anexo 3)
- Motivos de fumar de Russell (Ver anexo 4)
- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI II (Ver anexo 5)

Entrevista Clínica

La cual consta de los siguientes datos:

1. Fecha
2. Numero de Carnet
3. Nombre

4. Edad
5. Fecha de Nacimiento
6. Dirección
7. Teléfono
8. Estado Civil
9. Escolaridad
10. Ocupación
11. Familiograma
12. Edad en la que comenzó a fumar
13. Qué lo motivó a fumar
14. Cuántos cigarros fuma diariamente
15. Marca
16. Motivo por el que fuma actualmente
17. Intentos previos para dejar de fumar
18. Tiempo máximo de abstinencia
19. Recaídas
20. Motivo de recaídas
21. Motivos por los que quiere dejar de fumar
22. Existencia de convivencia con fumadores
23. Consumo de alimentos
24. Realización de ejercicio físico
25. Problemas de salud
26. Tratamiento Médico
27. Problemas para dormir
28. Molestias físicas
29. Si ha asistido a algún tratamiento psicológico o psiquiátrico (tiempo y motivo)

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

MMPI II

El MMPI-2 consta de 567 frases con dos opciones de respuesta: verdadero (si esa frase nos describe) o falso (en caso contrario) es un inventario de papel y lápiz. Contiene ocho Escalas Clínicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp), Masculinidad-

Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) y Manía (Ma) Introversión Social (Si) Escalas de Validez, L (Mentira), F (Validez) K (Corrección) y ? (Interrogantes).

Consta también de Escalas de Suplementarias entre las que se encuentra Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (Fyo), Alcoholismo de Mac Andrew (A-MAC), Hostilidad reprimida (HR), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs), Desajuste Profesional (Dpr) Genero Masculino (GM), Genero Femenino (GF), Desorden de Estrés postraumático de Keane (EPK), Desorden de Estrés postraumático de Schlenger (EPS).

Tiene 15 Escalas de Contenido, Ansiedad (ANS), Miedos (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la salud (SAU), Pensamiento delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Practicas antisociales (PAS), Personalidad tipo A (PTA), Baja autoestima (BAE), Incomodidad social (ISO), Problemas familiares (FAM), Dificultad en el trabajo (DTR), Rechazo al tratamiento (RTR).

En México se realizó la estandarización aplicándola a un grupo de 1920 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria de las diversas carreras que ofrece la UNAM; para obtener la versión mexicana en español del MMPI-2 se siguió una metodología estricta en la que se tomaron en cuenta aspectos semánticos, gramaticales y culturales. Se tuvo especial cuidado con las expresiones idiomáticas que son difíciles de traducir y por lo tanto se encontraron expresiones que tuvieran significados similares en las dos culturas.

La versión mexicana del MMPI-2 resulta ser más adecuada para evaluar personalidad en este país que la versión original del MMPI como resultado del proceso de reestandarización se obtuvo un instrumento mejorado en algunos niveles y bastante diferente en otros.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck, es una de las escalas mas utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas.

Como resultado de diversos análisis comparativo se, concluye que después de un meta-análisis de los valores de consistencia interna reportados, el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81. El valor promedio de correlación, validez concurrente, con la Escala de Hamilton, la Escala de Zung y la Escala de Depresión del MMPI, oscila entre 0.72 y 0.73 respectivamente. El análisis factorial muestra que el número de factores obtenidos, dependiendo del tipo de la muestra utilizada, oscila entre 3 y 7.

La escala fue construida originalmente en los Estados Unidos aunque posteriormente fue traducida al español. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúa la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menos a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza mas en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico -cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

En 1998, Cárdenas y colaboradores, reportan un trabajo del proceso psicométrico realizado en la Ciudad de México para estandarizar el Inventario de Depresión de Beck, en el que concluyen que dicho instrumento cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la Ciudad de México.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico 9. Los puntos de corte usualmente aceptados 10 para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: ≥ 30 puntos

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad (Beck, Steer, 1993).

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre representado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. (Beck, Steer, 1993)

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0= No en absoluto, 1= Levemente, no me molesta mucho, 2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo y la puntuación 3= Severamente, casi no podía soportarlo.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de uso se ha recomendado su empleo como clasificador en población general. No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad; ni entre depresión y ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (de 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8)⁸. Somoza y cols 1994 han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman reviso en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. (Osman A, Kooper B, 1997)

Posee una confiabilidad elevada consistencia interna 12 (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

En su Validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general)⁶. Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR DE RUSSELL

Este cuestionario sirve para evaluar el motivo por el cual la persona fuma. Consta de 18 oraciones dirigidas a la identificación del motivo de fumar, a un costado de cada una de las oraciones aparecen tres columnas de respuesta, con un valor determinado: frecuentemente, tres puntos; ocasionalmente, dos puntos; nunca, un punto. Una vez contestado se coloca el valor de cada respuesta en la plantilla de calificación y de ahí se obtiene la puntuación para cada uno de los 6 motivos identificados y designados por Russell que son:

- *Estímulo*: fuma como una forma de estimularse
- *Manipulación*: su motivo es el ritual que se realiza alrededor de fumar un cigarro
- *Relajación*: su motivo es obtener placer en periodos de descanso
- *Reducción de tensión*: su motivo es tranquilizarse o sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión
- *Necesidad*: fuma porque ya existe una dependencia física y con esto evita el síndrome de abstinencia
- *Adicción*: fuma sin ser consciente de ello

Calificación

Una puntuación de 6 a 9 indica que es un motivo muy importante, una puntuación de 3 a 5 que no es un motivo muy importante y una puntuación de 0 a 2 que no es un motivo importante. Esta prueba no ha sido estandarizada en población mexicana; sin embargo es empleada en casi todas las clínicas contra el Tabaquismo y en algunos protocolos de investigación (Fajardo, 1995).

MATERIALES:

- Formato de entrevista Clínica
- Formato del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI II
- Formato del Inventario de Depresión de Beck
- Formato del Inventario de Ansiedad de Beck
- Lápices
- Equipo de cómputo
- Paquete Estadístico

4.11 PROCEDIMIENTO

A todas las personas que asistieron a la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México se les dio los informes sobre el programa para dejar de fumar, que la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México brinda, el cual consiste en una parte médica en la que el paciente se realiza una serie de estudios de laboratorio (Muestra de flemas, Muestra de sangre, Electrocardiograma, dos placas de tórax y una espirometría) para saber cual es el daño que les ha causado el tabaco en el organismo; la otra parte de tratamiento es Psicológica que consiste en un tratamiento Cognitivo-Conductual para dejar de fumar.

Las personas que se interesaron en asistir a tratamiento, se les aplicó la Entrevista Clínica la cual se llevó a cabo de manera individual, esta es una entrevista estructurada, pero con la cual se pudo indagar aun más en la historia de las personas, así como si se encontraban bajo algún tratamiento médico, si han asistido a algún tratamiento psicológico o psiquiátrico; el motivo, la duración y los medicamentos que pudieron haber consumido durante el tratamiento. Una vez concluida la entrevista, se clasificó a las personas que pudieron participar en la investigación por cumplir los criterios de inclusión y exclusión y se integraron al expediente respectivo. Una semana antes de que diera comienzo el tratamiento se llamo por teléfono a cada una de las personas

que lo tomaron y se les dio la fecha en la que iniciaría la terapia grupal o terapia individual para dejar de fumar. Todos estos datos se tomaron en cuenta para la inclusión de los pacientes en la muestra para la presente investigación y también por el lugar en donde se llevo a cabo dicha investigación.

El día en que inició el tratamiento para dejar de fumar, se llevó a cabo la aplicación de la batería de pruebas que se aplican dándole a cada paciente un formato del Inventario de Depresión de Beck, del Inventario de Ansiedad de Beck y del Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell, y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI II, el cual se aplicó en dos sesiones por la extensión de la prueba.

Para aplicar el Inventario de Depresión de Beck las instrucciones son las siguientes: “En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy. Marque con una X el círculo que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. Asegurase de leer todas las oraciones de cada grupo antes de hacer su elección.

Al aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck las instrucciones son: “Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marque con una X según la intensidad de la molestia. 0= Poco o nada, 1= Más o menos, no me molestaba mucho, 2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo, 3= Severamente, casi no podía soportarlo”.

Se le explicó al paciente que le Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell es para saber cuál es el motivo por el que fuma actualmente, las instrucciones son las siguientes: “Hay una serie de enunciados acerca de cómo ha estado consumiendo tabaco durante este tiempo; Lea cada una de ellas y marque entre las opciones 3= Muy Frecuente, 2= Ocasionalmente o 1= Nunca

para cada uno de los enunciados en referencia a su manera de consumir tabaco”.

Las instrucciones de cómo se debe de contestar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI- II son: “Hay una serie de enunciados o preposiciones numeradas acerca de lo que la gente piensa o le gusta. Se le pide al sujeto que lea cada una de ellas y decida si es verdadera o falsa en referencia a ellos anotando en la hoja de respuestas los casos en los que sea Verdadero rellenar el circulo marcado con la letra V en los casos donde la respuesta sea Falso marcar el circulo con la letra F”. Todas las instrucciones se dieron a cada sujeto para que contestaran las pruebas.

Se le informo a los sujetos que las pruebas que realizaron eran para una investigación, por lo que se pedía su cooperación para llevarla a cabo así mismo de les explicó que los datos serían confidenciales y los resultados se utilizarían con la finalidad de dar una mejora al tratamiento.

4.12 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Para aceptar o rechazar la hipótesis planteada, los datos recabados se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0 para ordenador de Windows. Se llevó a cabo la descripción de los datos a través de la distribución de frecuencias y sus graficaciones con la obtención de frecuencias absolutas y relativas; así como también se calcularon las medidas de tendencia central. Esta población se dividió en siete grupos, los primeros tres se hicieron dependiendo del tipo de consumo de tabaco que se reportó, los siguientes cuatro grupos se dividieron dependiendo a los años que la población reportó que llevaban fumando. Finalmente se realizara la prueba de Anova One-Way, para las pruebas BDI, BAI Y Motivos de fumar, para determinar si existian diferencias significativas entre los grupos.

RESULTADOS

Actualmente el consumo de tabaco es un problema de salud pública, por ser una adicción que puede prevenirse así como por las consecuencias sanitarias que conlleva y los enormes costos económicos y sociales que genera, a las personas que lo consumen degradando su calidad de vida, no sólo es el más pernicioso para la salud sino que, además, está universalmente extendido.

Existen varios factores que predisponen el fumar como: La relajación y el placer, las presiones de la sociedad, la imagen de uno mismo, la curiosidad, la tensión, el aburrimiento, la rebelión; todos estos factores contribuyen a la iniciación y mantenimiento de la adicción tanto física como psicológica.

De ahí la importancia de determinar el posible perfil de los fumadores, de tal manera que pueda en su momento, servir como punto de partida para proyectos de prevención en el consumo de sustancias como éstas.

Para tal fin, fueron recopilados los datos de la aplicación del Inventario Multifacético de la personalidad MMPI II, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Motivos de fumar de Russell, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico el cual se dividió en tres partes: la primera de ellas, correspondiente al análisis descriptivo de la población, seguida de la elaboración de los perfiles para cada grupo participante y finalmente la comparación estadística utilizando el análisis de varianza de una sola vía (ONEWAY).

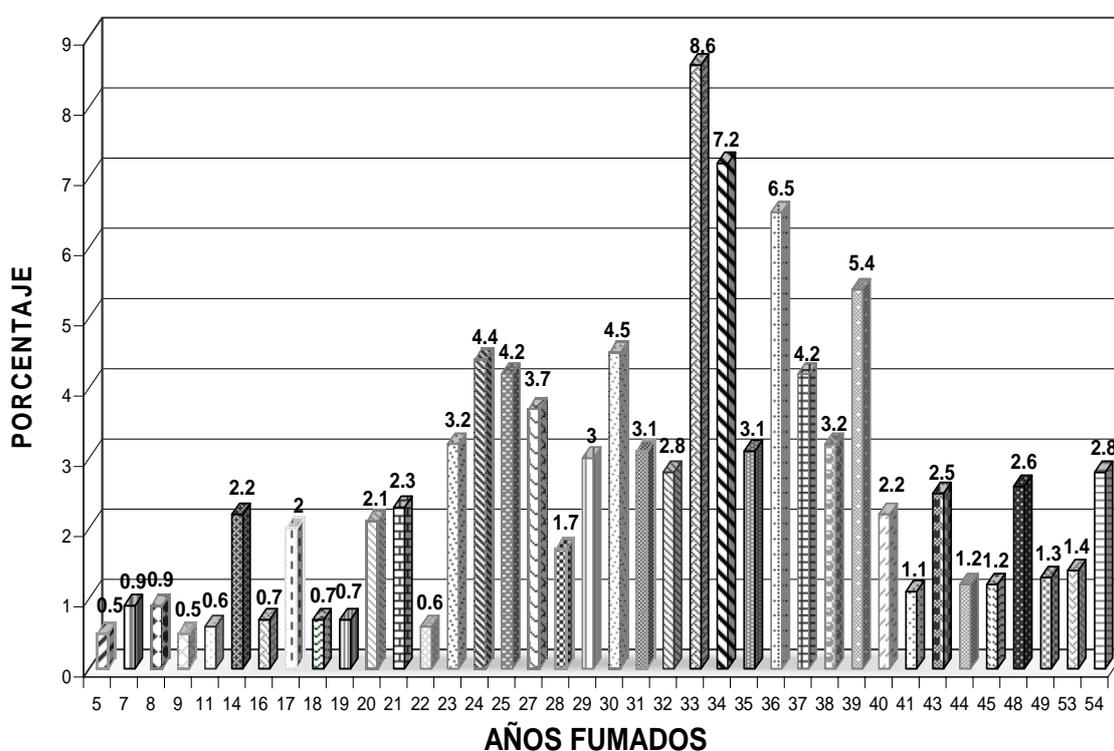
Para realizar el análisis estadístico, se utilizó el programa de computadora SPSS (Statistical Package for Social Science) para Windows v. 11.0

Con respecto al análisis descriptivo, se obtuvieron los siguientes resultados:

RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El primer aspecto incluido en el análisis descriptivo de la población fueron los años que llevan fumando los participantes, en el cual se puede observar que el rango de consumo es amplio, ya que hay personas que llevan desde cinco años hasta cincuenta años, con una media de 33 años para la población en general, como se muestra en la siguiente gráfica.

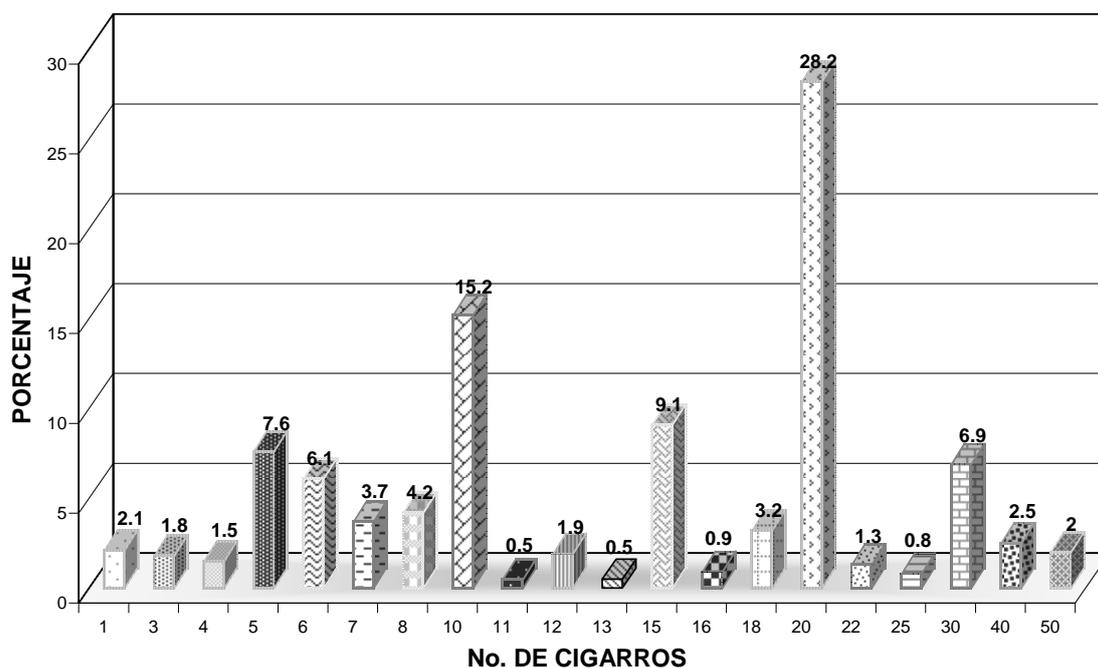
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR AÑOS FUMANDO



Gráfica # 1

El segundo aspecto evaluado correspondió a la frecuencia de consumo de cigarrillos en los participantes, observando un rango que fluctúa entre uno y cincuenta cigarrillos por día, con un promedio de quince cigarrillos para la población en general, tal y como se puede observar en la siguiente gráfica.

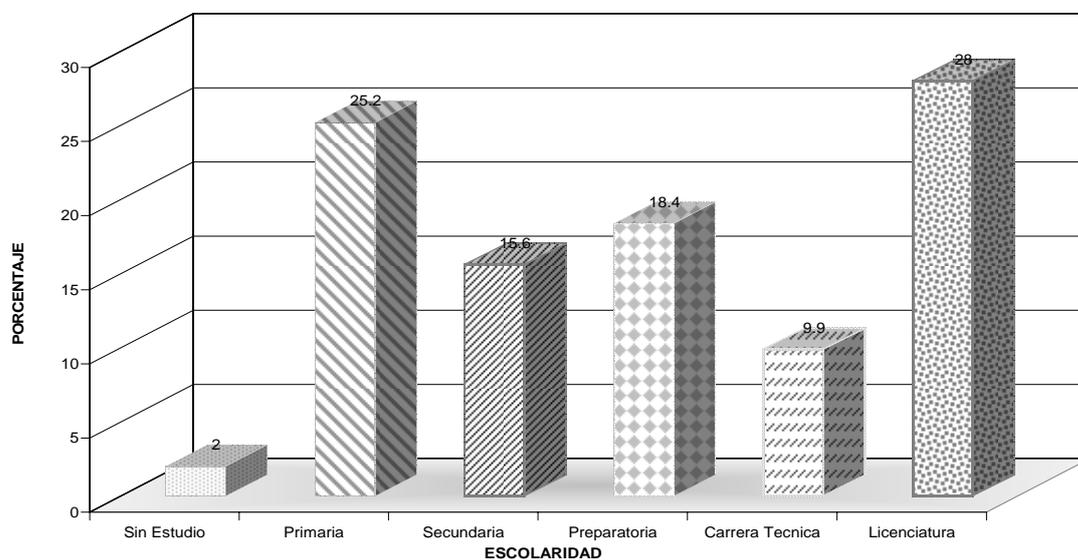
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NÚMERO DE CIGARROS



Gráfica # 2

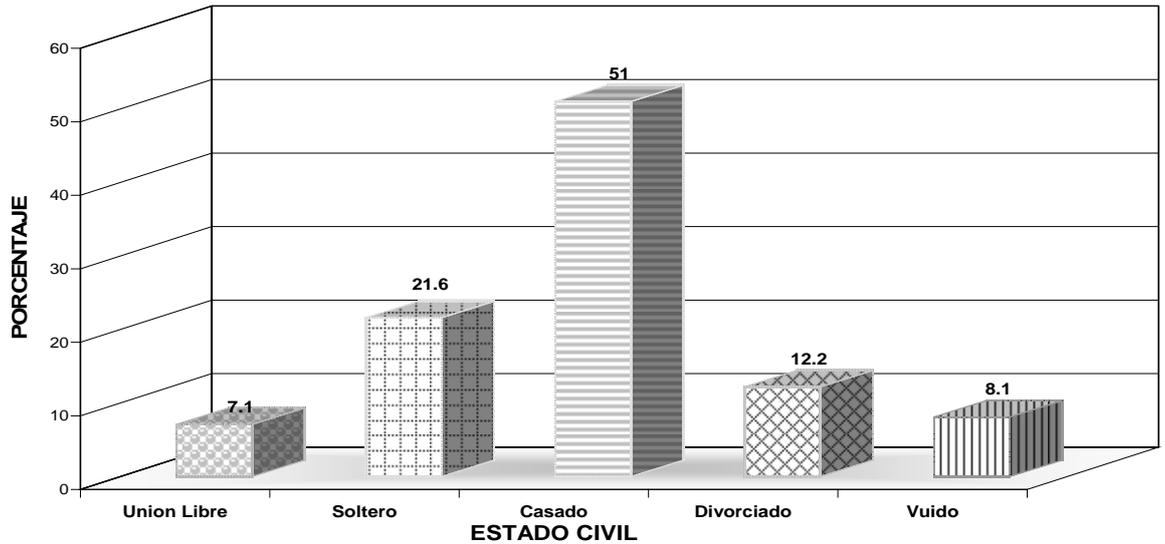
El tercer aspecto a evaluar fue la escolaridad de los participantes, la cual va desde quienes no tiene ninguna escolaridad hasta quienes obtienen el grado de licenciatura; siendo ésta la que ocupa el mayor porcentaje (28%), no obstante que el promedio de escolaridad fue de secundaria, tal y como se observar en la siguiente gráfica:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESCOLARIDAD



El cuarto aspecto fue el referente al estado civil de los participantes encontrando un mayor porcentaje (51 %) de personas, que son casados y el resto se distribuye como se muestra a continuación: Gráfica #3

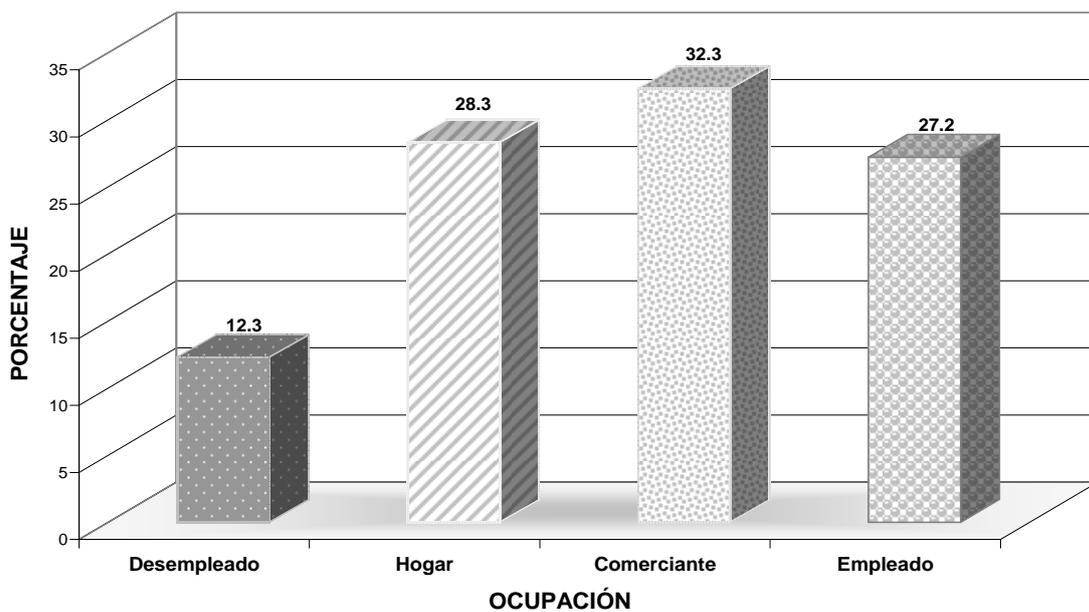
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESTADO CIVIL



Gráfica # 4

El último aspecto fue la ocupación de los participantes la cual se observó, que el mayor porcentaje (32.3 %) se dedica al comercio, seguido de otras ocupaciones como se muestra en la siguiente gráfica:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR OCUPACIÓN



Una vez concluido el análisis de la población, se realizaron los perfiles de personalidad por cada instrumento.

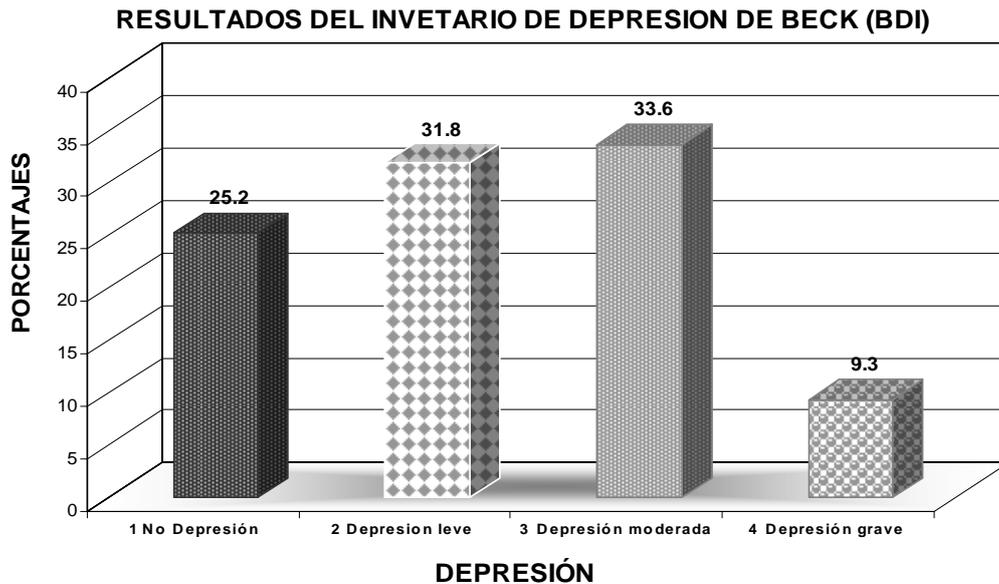
RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Para el Inventario de Depresión de Beck (BDI) el paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3 puntos, obteniendo un puntaje total que fluctúa en el rango de 0-63 puntos. Cuando se obtiene una calificación total se clasifica de la siguiente manera:

Para obtener el total de depresión, se sumaron los reactivos, y posteriormente se recodificaron para clasificarlos en:

- 1 "No Depresión".
- 2 "Depresión leve".
- 3 "Depresión moderada".
- 4 "Depresión grave".

Con respecto a la depresión, se observó que en lo general, la población se ubicó entre la no depresión y la depresión moderada, siendo esta última la que alcanza la mayor proporción (33.7%), tal y como lo muestra la siguiente gráfica:



RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)

Grafica #6

Para el Inventario de Ansiedad Beck (BAI) el paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3 puntos donde cada ítem significa 0= No en absoluto, 1= Levemente, no me molesta mucho, 2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo y la puntuación y 3= Severamente, casi no podía soportarlo; con un rango de la puntuación entre 0-63 puntos. Cuando se obtiene una calificación total se clasifica de la siguiente manera:

No Ansiedad: 0-9 puntos.

Ansiedad leve: 10-18 puntos.

Ansiedad moderada: 19-29 puntos.

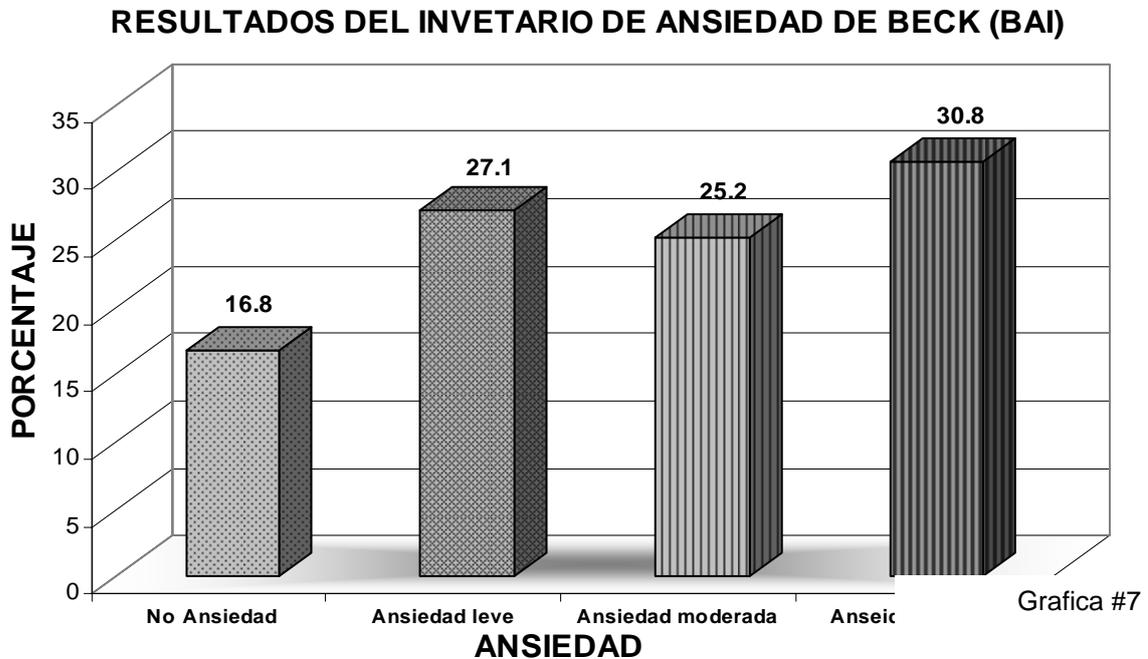
Ansiedad grave: >30 puntos.

Para obtener el total de ansiedad, se sumaron los reactivos, y posteriormente se recodificaron para clasificarlos en:

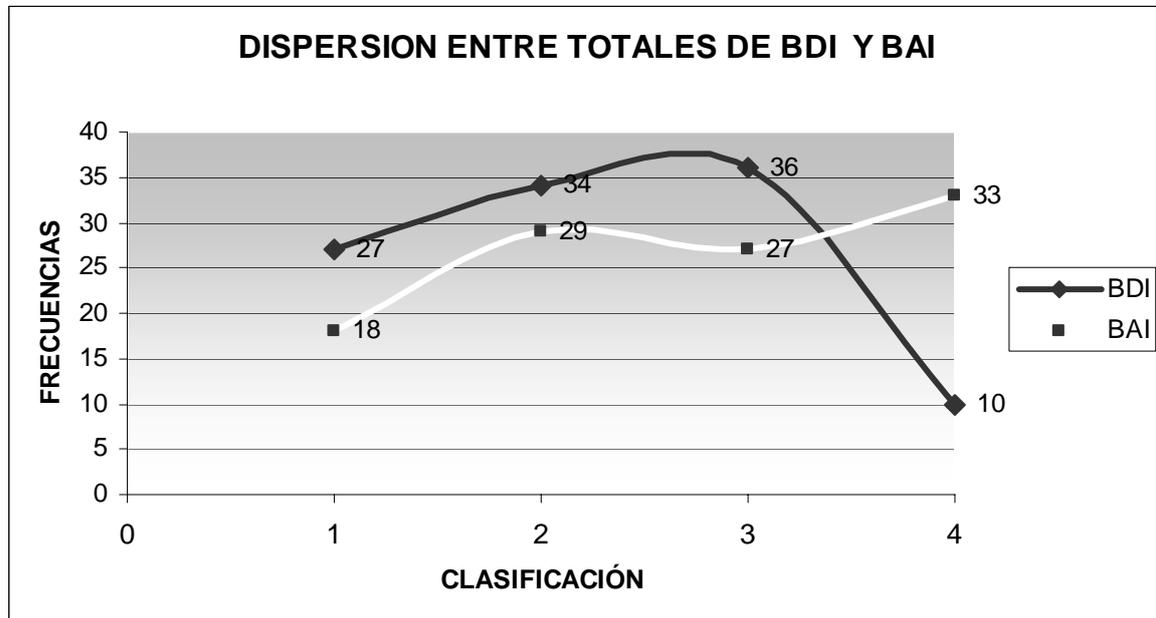
- 1 "No ansiedad"
- 2 "Ansiedad leve"
- 3 "Ansiedad moderada"

4 "Ansiedad grave".

Obteniendo como resultado que la mayor parte de la población presenta Ansiedad Grave (30.8%) como lo muestra la siguiente gráfica:



Debido a que el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck son pruebas que miden estados, se realizó una gráfica de dispersión para mostrar como fluctuan la frecuencia de los puntajes totales de ambos inventarios, con el fin de ver con que frecuencia se encuentran los niveles de los estados de ansiedad y depresión de los sujetos, donde la clasificación fue: 1 para no presenta síntomas, 2 síntomas leves, 3 síntomas moderados y 4 síntomas graves. Como se puede observar (Gráfica #8) los niveles de los estados de ansiedad con síntomas graves son mas frecuentes que los niveles de los estados de depresión grave, sin embargo en general hay una mayor frecuencia de casos con depresión sin que llegan a presentar síntomas graves.



Gráfica # 8

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR DE RUSSELL

Se aplicó también el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell el cual sirve para evaluar el motivo por el que la persona fuma. Consta de 18 oraciones dirigidas a la identificación del motivo de fumar, a un costado de cada una de las oraciones una escala tipo liker, con un valor determinado: frecuentemente, 3 puntos; ocasionalmente, 2 puntos; nunca, 1 punto. Una vez contestado se colocó el valor de cada respuesta en la plantilla de calificación y de ahí se obtuvo la puntuación para cada uno de los 6 motivos identificados y designados por Russell que son:

- *Estímulo*: los ítems relacionados son 1,7,13
- *Manipulación*: los ítems relacionados son 2, 8 y 14
- *Relajación*: los ítems relacionados son 3, 9 y 15
- *Reducción de tensión*: los ítems relacionados son 4, 10 y 16
- *Necesidad*: los ítems relacionados son 5, 11 y 17
- *Adicción*: los ítems relacionados son 6, 12 y 18.

La calificación de la prueba es a través de puntajes total que se agrupan de acuerdo al puntaje total en la siguiente clasificación una puntuación de 6 a 9 indica que es un Motivo muy importante, una puntuación de 3 a 5 que No es un motivo muy importante y una puntuación de 0 a 2 que No es un motivo importante. Los resultados del Cuestionario de Motivos de Fumar muestran que el motivo de fumar más importante para la población es el de Reducción de Tensión y relajación (Tabla 1), mientras que el motivo más bajo es Adicción.

Tabla 1. Media obtenida en el Cuestionario de Motivos de Fumar

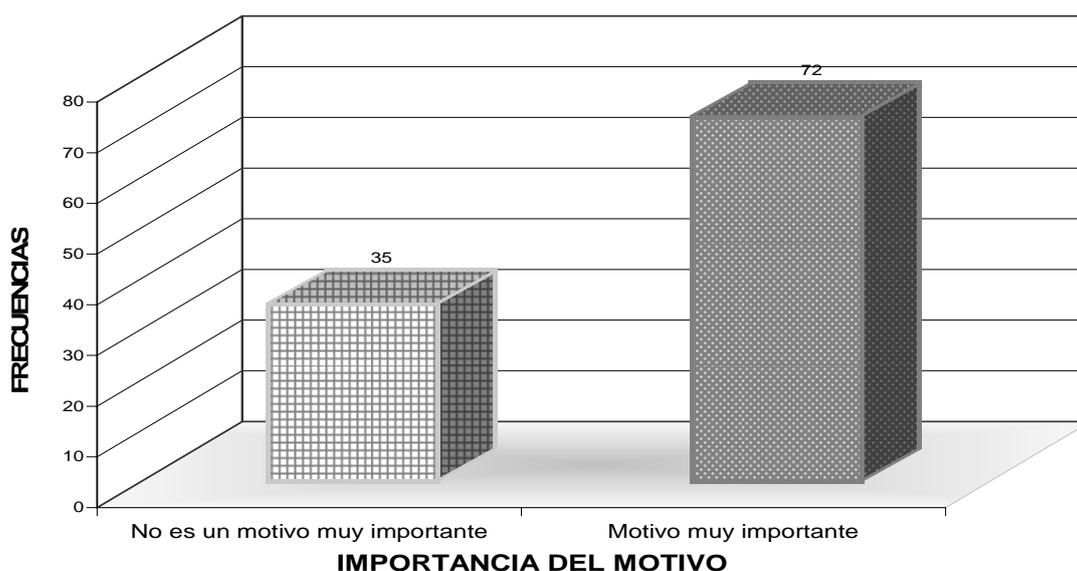
Motivo de Fumar	Media	Desviación Estándar	N
Estimulo	6.4299	2.01463	107
Manipulación	6.5234	1.53786	107
Relajación	7.4486	1.23803	107
Reducción de Tensión	7.6729	1.46517	107
Necesidad	7.2617	1.55610	107
Adicción	5.4766	1.68425	107

Posteriormente se recodificaron los puntajes obtenidos por los distintos motivos para fumar, con la siguiente secuencia:

- Si los puntajes son iguales o mayores de 6, pero menores o iguales a 9, se le otorgó un valor de **3. “Motivo muy importante”**.
- Si los puntajes fueron mayores o iguales a 3, pero menores de 6, se le otorgó un valor de **2. “No es un motivo muy importante”**.
- Si los puntajes fueron menores o iguales a 2, se le otorgó el valor **1. “No es un motivo importante”**.

Para el Motivo “Fumar para Estimularse”, la población reportó una frecuencia mayor de 72 casos que lo identifica como un motivo muy importante como lo muestra la siguiente grafica.

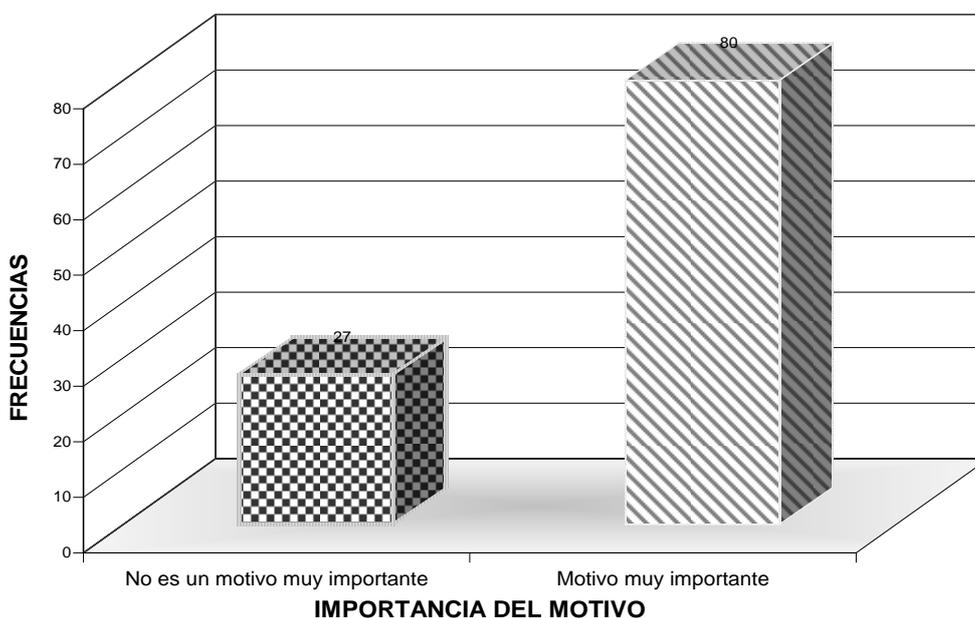
IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR ESTIMULACIÓN



Gráfica # 9

Para el Motivo de “Fumar para Manipular el cigarro”, se observó que la mayor parte de la población, lo consideró como un motivo muy importante (74.8%), como lo muestra la siguiente gráfica.

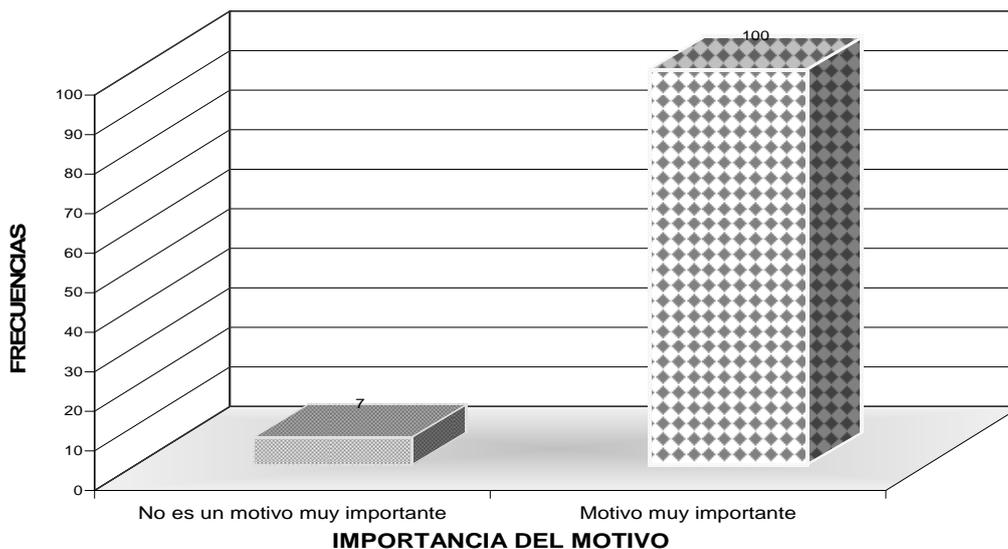
IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR MANIPULACIÓN



Gráfica # 10

En el caso del Motivo de Relajarse, como un motivo para fumar, la población lo consideró casi de manera total 100 pacientes de 107 revisados en total, como un motivo muy importante.

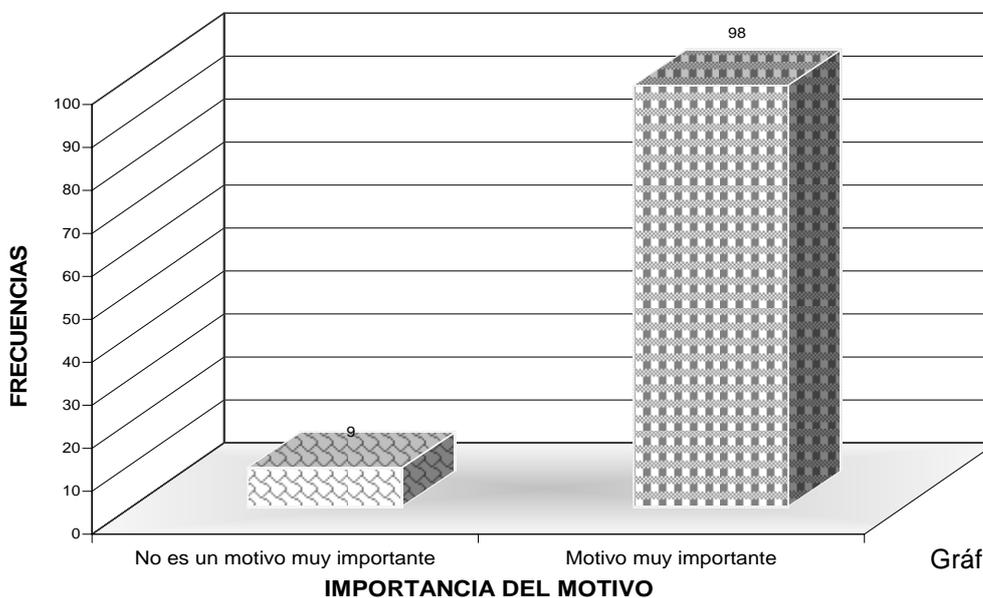
IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR RELAJACIÓN



Gráfica # 11

La reducción de la tensión, también fue incluido en el análisis de motivos, en el cual, la población también lo consideró principalmente, como un motivo muy importante (91.6) como lo muestra la siguiente gráfica.

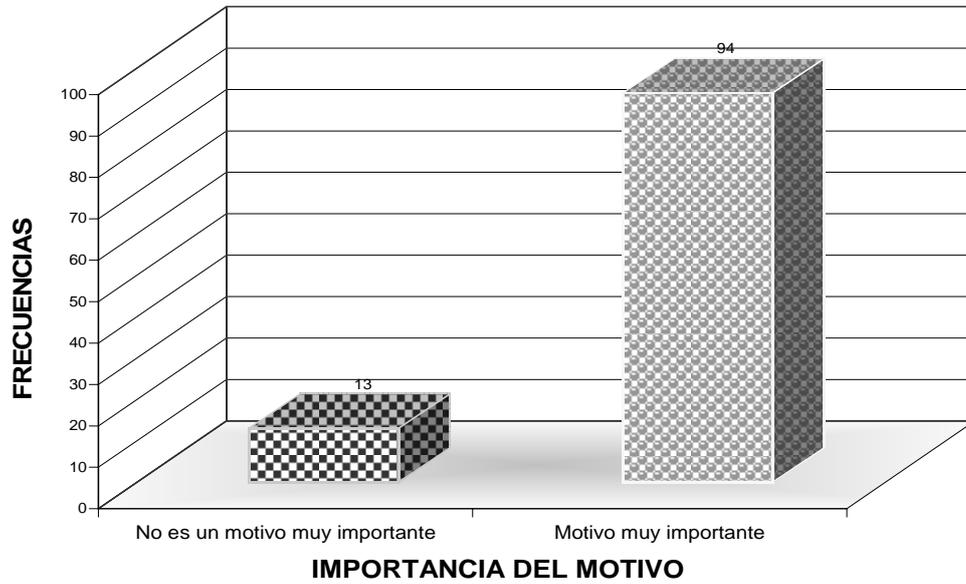
IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR REDUCCIÓN DE TENSIÓN



Gráfica # 12

En el caso de aquellos sujetos, que manifiestan que “Fuman como un necesidad”, se reportó como un motivo muy importante (87.9%) para la población, como lo muestra la siguiente gráfica.

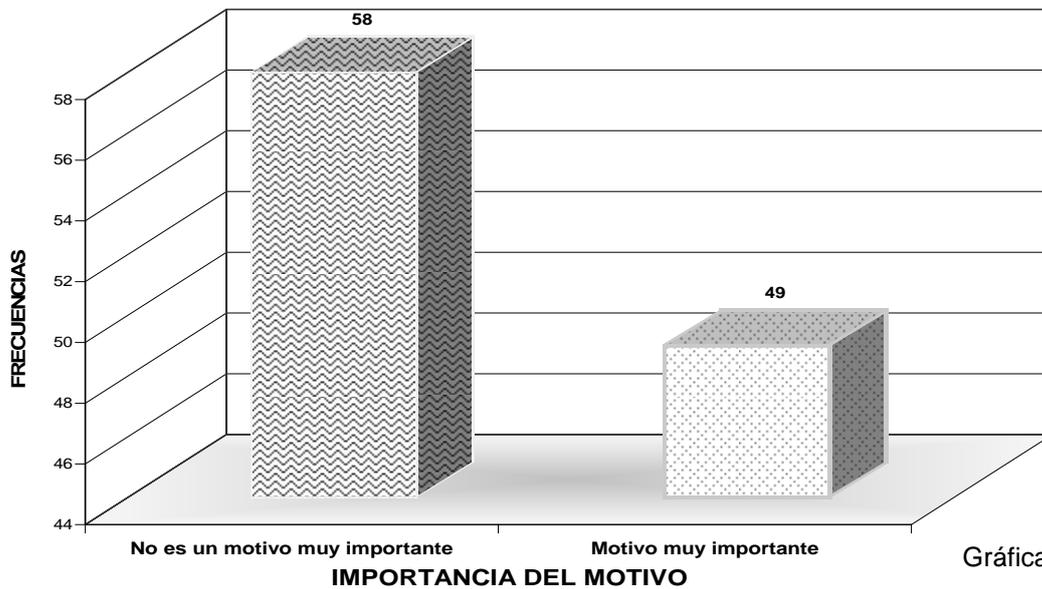
IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR NECESIDAD



Gráfica # 13

Finalmente en lo que respecta a los motivos para fumar y la importancia que se da a los mismos, solo el 54.2% de los sujetos, consideró que fumar por adicción es un motivo que consideraron como “No muy importante”.

IMPORTANCIA DEL MOTIVO DE FUMAR ADICCIÓN



Gráfica # 14

RESULTADOS DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA II (MMPI II)

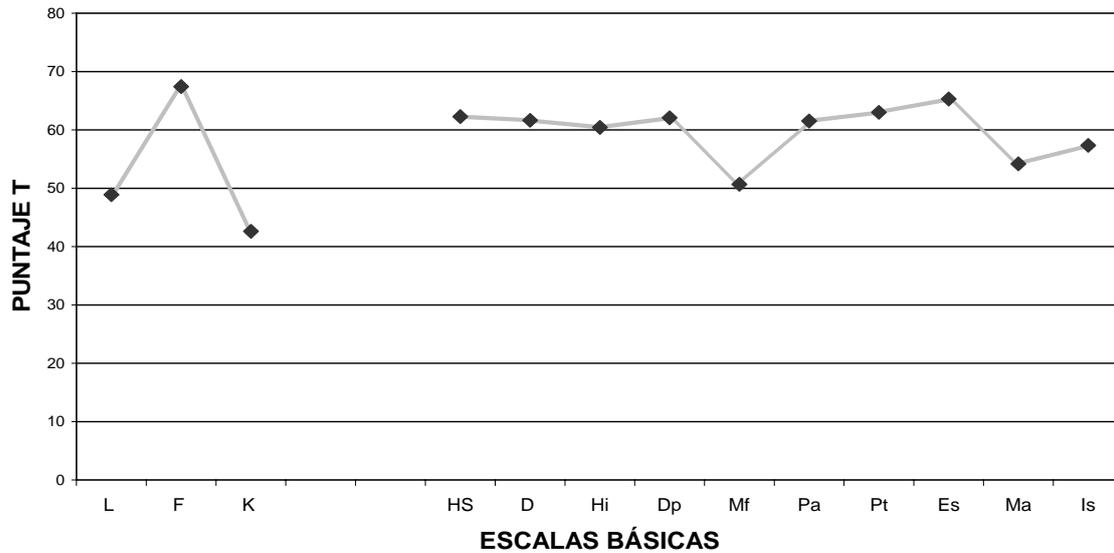
Los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI II), muestran que las Escalas Básicas más elevadas de la población estudiada son la F Infrecuencia, Equizofrenia y Psicastenia (Tabla 2), mientras que las escalas más bajas es K Corrección.

Tabla 2. Media obtenida en las Escalas Básicas del MMPI II

Escalas Básicas	Media	Desviación Estándar	N
L	48.88	10.906	107
F	67.43	18.811	107
K	42.61	10.535	107
Hs	62.27	12.931	107
D	61.65	12.038	107
Hi	60.42	11.984	107
Dp	62.06	12.558	107
Mf	50.7	10.524	107
Pa	61.52	14.935	107
Pt	63.02	15.68	107
Es	65.31	17.968	107
Ma	54.18	12.482	107
Is	57.35	11.702	107

La dispersión de las escalas se muestra en la gráfica # 15, donde se observa que las escalas se encuentra elevadas por encima de la media mostrando patología moderada.

PERFIL DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI II



Gráfica # 15

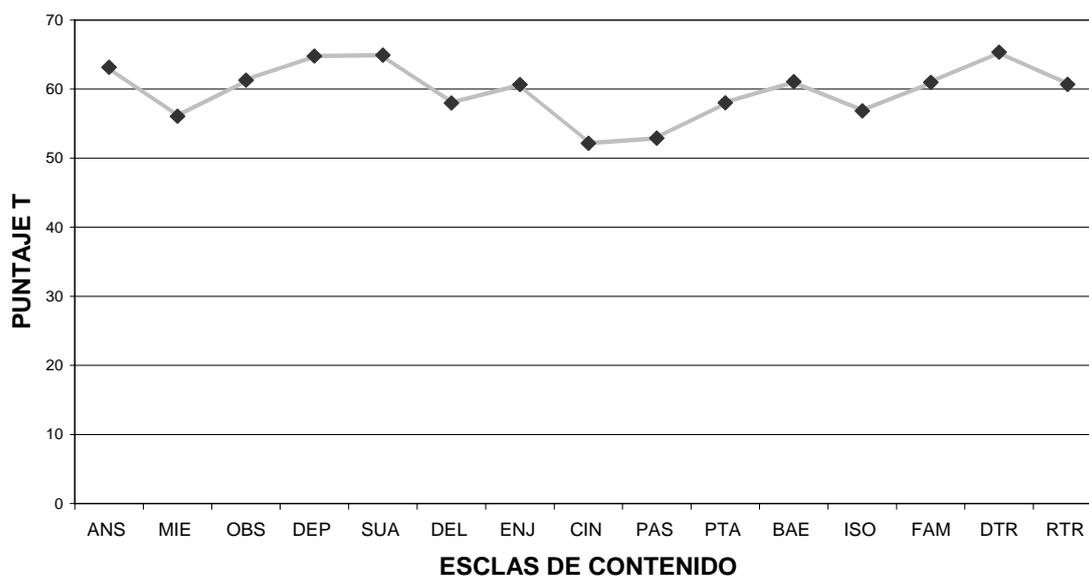
En cuanto a las Escalas de Contenido más elevadas de la población son Dificultad en el Trabajo, Depresión y Preocupación por la Salud (Tabla 3), mientras que las escalas más baja es Cinismo.

Tabla 3. Media obtenida en las Escalas de Contenido del MMPI II

Escalas de Contenido	Media	Desviación Estándar	N
ANS	63.15	12.079	107
MIE	56.07	11.825	107
OBS	61.28	12.81	107
DEP	64.79	15.228	107
SUA	64.91	12.377	107
DEL	57.99	14.419	107
ENJ	60.64	11.968	107
CIN	52.15	9.33	107
PAS	52.91	11.144	107
PTA	58.01	13.089	107
BAE	61.08	13.07	107
ISO	56.83	11.226	107
FAM	60.97	12.776	107
DTR	65.33	14.62	107
RTR	60.69	14.789	107

La dispersión de las escalas se muestra en la gráfica # 16, donde se observa que las escalas se encuentran más elevadas que las escalas básicas mostrando patología severa.

PERFIL DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI II



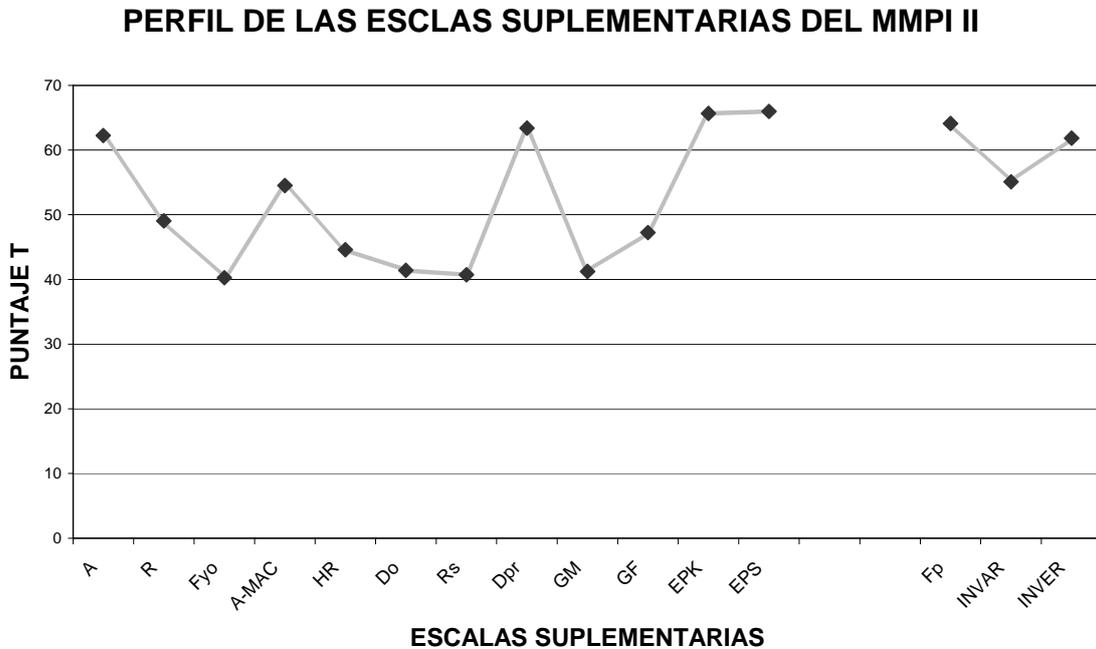
Gráfica # 16

Las Escalas Suplementarias más elevadas de la población son Desorden de Estrés Post traumático de Keane, Desorden de Estrés Post traumático de Schlenger e Infrecuencia Posterior (Tabla 4), mientras que las escalas más bajas es Fuerza del Yo.

Tabla 4. Media obtenida en las Escalas Suplementarias del MMPI II

Escalas Suplementarias	Media	Desviación Estándar	N
A	62.23	13.885	107
R	49.06	11.073	107
Fyo	40.26	10.709	107
A-MAC	54.51	13.245	107
HR	44.61	10.399	107
Do	41.4	10.58	107
Rs	40.71	9.554	107
Dpr	63.4	14.583	107
GM	41.24	10.084	107
GF	47.23	10.454	107
EPK	65.66	15.401	107
EPS	65.99	16.143	107
Fp	64.12	20.674	107
INVAR	55.08	10.209	107
INVER	61.84	12.513	107

La dispersión de las escalas se muestra en la gráfica # 17, donde se observa que las escalas se encuentran más elevadas que las escalas de contenido mostrando patología severa.



Gráfica # 17

Para poder tener un perfil más específico de personalidad de las personas que consuman tabaco se dividió a la población en siete grupos, los primeros tres se hicieron dependiendo del tipo de consumo de tabaco que se reportó, para cada grupo se tomó la clasificación que hace la Organización Mundial de la Salud, la cual dice que de 1 a 5 cigarros es consumo leve, de 6 a 15 cigarros es consumo moderado y de 16 a más cigarros es consumo grave.

Los siguientes cuatro grupos se dividieron por cuartiles por los años que llevaban fumando en un numero de sujetos iguales y el primer grupo es de 5 años a 25 años fumando, el segundo grupo va de 26 años a 33 años fumando; el tercer grupo va de 34 años hasta 37 años fumando y el último grupo va de 38 años a más años fumando.

Para los primeros tres grupos se obtuvo el siguiente análisis: en las pruebas de BDI y BAI los datos nos muestran que (Tabla 5) para las personas que tiene un consumo leve la mayor parte no presenta depresión (21.5%) a comparación de ansiedad grave (55.9%). Para las personas que tiene un consumo moderado la mayor parte de la población presenta No depresión (37.5%) y ansiedad leve (36.1%). Finalmente las personas con un consumo severo la mayor parte reporta tener depresión moderada (41.4%) y ansiedad grave (31.4%).

Tabla 5. Medias obtenidas en el BDI y BAI de los grupos por Tipo de Consumo.¹

TIPO DE CONSUMO	BDI		BAI	
	CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE	CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
Consumo Leve	No Depresión	21.5	No ansiedad	24.0
	Depresión Leve	48	Ansiedad Leve	3.5
	Depresión Moderada	11.9	Ansiedad Moderada	16.6
	Depresión Grave	18.5	Ansiedad Grave	55.9
	\bar{X} 2.2747	D.S.1.00073	\bar{X} 3.0440	D.S. 1.24686
Consumo Moderado	No Depresión	37.5	No ansiedad	16.3
	Depresión Leve	23.4	Ansiedad Leve	36.1
	Depresión Moderada	30	Ansiedad Moderada	23.5
	Depresión Grave	9.1	Ansiedad Grave	24.1
	\bar{X} 2.1015	D.S. 1.01368	\bar{X} 2.5546	D.S. 1.02717
Consumo Severo	No Depresión	18.3	No ansiedad	13.9
	Depresión Leve	31.3	Ansiedad Leve	25.5
	Depresión Moderada	41.4	Ansiedad Moderada	29.1
	Depresión Grave	9.0	Ansiedad Grave	31.4
	\bar{X} 2.4096	D.S. 88803	\bar{X} 2.7801	D.S.1.03883

1. Las medias y la desviación estándar que se presentan, corresponden a los totales por el tipo de consumo que reportó la población tanto de depresión como de ansiedad.

Para el Cuestionario de Motivos de Fumar destacan los siguientes resultados: En el caso de las personas que muestran un consumo leve, los motivos que fueron considerados como muy importantes, fueron “fumar para relajarse” (100%) y “fumar para reducir la tensión” (92.3%).

Las personas que presentan un consumo moderado los motivos más importantes fueron: Relajación (95.7%) y Reducción de Tensión (95%). Finalmente para las personas de consumo severo los motivos muy importantes que más reportaron fueron Necesidad (93.7%), Relajación (89.5%), y Reducción de Tensión (89.3%) (Tabla 6).

Tabla 6. Medias obtenidas en el Cuestionario de Motivos de Fumar por Tipo de Consumo.²

Tipo de Consumo	Clasificación	Estímulo	Manipulación	Relajación	Reducción de Tensión	Necesidad	Adicción
Consumo Leve	No es un motivo muy importante	60.4%	30.1%		7.7%	36.9%	89.0%
	Motivo muy importante	39.6 %	69.9%	100%	92.3%	63.1%	11.0%
		\bar{X} 2.3956	\bar{X} 2.6986	\bar{X} 3.00	\bar{X} 2.9231	\bar{X} 2.6311	\bar{X} 2.1009
Consumo Moderado	No es un motivo muy importante	33.7%	29.1%	4.3%	5%	11.3%	61.7%
	Motivo muy importante	66.3%	70.9%	95.7%	95%	88.7%	38.3%
		\bar{X} 2.6632	\bar{X} 2.7088	\bar{X} 2.9568	\bar{X} 2.9499	\bar{X} 2.8874	\bar{X} 2.3834
Consumo Severo	No es un motivo muy importante	25.9%	24.3%	10.5%	10.7%	6.3%	36.4%
	Motivo muy importante	74.1%	75.7%	89.5%	89.3%	93.7%	63.6%
		\bar{X} 2.7414	\bar{X} 2.7566	\bar{X} 2.8947	\bar{X} 2.8929	\bar{X} 2.9374	\bar{X} 2.6362

² Las Medias que se presentan son los totales por el tipo de consumo que reportó la población por los motivos de fumar

En lo que respecta al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI II), se pudieron observar los siguientes resultados relacionados con las escalas básicas (Tabla 7).

Tabla 7. Medias obtenidas en el MMPI II de las Escalas Básicas por Tipo de Consumo

Escalas Básicas	Consumo Leve		Consumo Moderado		Consumo Severo	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
L	53.03	12.023	48.45	10.498	48.36	10.15
F	65.57	15.138	70.81	17.112	65.20	19.81
K	43.84	13.154	41.45	8.49	43.17	11.00
Hs	63.81	12.337	61.86	12.29	62.49	13.47
D	58.99	10.629	61.70	11.42	62.99	12.23
Hi	61.77	9.892	58.22	12.57	62.11	11.45
Dp	60.87	7.717	61.53	12.94	62.65	13.47
Mf	50.62	11.633	51.62	10.49	49.918	10.12
Pa	61.37	12.074	61.35	15.14	61.75	15.94
Pt	59.03	15.774	62.55	11.39	65.01	18.59
Es	65.45	17.845	65.28	16.04	66.017	19.57
Ma	53.15	12.095	56.78	13.92	52.027	10.96
Is	62.73	14.350	57.43	10.04	56.96	12.39

Para el grupo cuyo consumo de cigarrillos fue considerado como leve, las escalas más elevadas fueron la F Infrecuencia, Esquizofrenia e Hipocondriasis, mientras que las escalas más bajas fueron K Corrección. Por su parte, el grupo de consumo de cigarrillos clasificado como moderado, presentó como las escalas más elevadas la F Infrecuencia, Esquizofrenia y Obsesividad, mientras que la escala más baja fue K Corrección, lo cual ocurre de manera similar en el grupo que presenta Consumo Severo.

En cuanto a las Escalas de Contenido más elevadas de la población son Dificultad en el Trabajo, Depresión y Preocupación por la Salud (Tabla 8), mientras que las escalas más baja se encuentran Prácticas antisociales Cinismo con pequeñas diferencias entre los tres tipos de consumo de tabaco.

Tabla 8. Medias obtenidas en el MMPI II de las Escalas de Contenido por Tipo de Consumo

Escalas Contenido	Consumo Leve		Consumo Moderado		Consumo Severo	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
ANS	59.97	13.51	63.18	11.51	63.85	11.46
MIE	57.09	12.91	55.72	10.93	57.21	12.67
OBS	59.15	15.02	62.01	12.10	61.57	12.54
DEP	62.48	18.46	65.99	14.15	65.21	14.58
SUA	65.79	13.70	66.73	10.79	63.48	12.82
DEL	57.69	13.53	59.93	13.99	56.45	14.73
ENJ	57.33	7.60	61.14	12.01	60.89	12.43
CIN	51.18	10.76	53.88	8.91	51.11	8.71
PAS	48.19	11.307	53.93	10.89	53.12	10.65
PTA	54.09	13.78	58.97	11.19	57.88	13.89
BAE	58.88	15.06	62.36	12.26	61.19	12.78
ISO	57.37	11.53	57.37	10.23	57.12	11.79
FAM	61.03	13.15	61.82	12.72	59.81	12.39
DTR	64.18	16.27	65.99	14.75	65.62	13.78
RTR	60.46	17.69	63.12	14.26	59.85	14.25

Las Escalas Suplementarias más elevadas de la población son Desorden de Estrés Post traumático de Keane, Desorden de Estrés Post traumático de Schlenger e Infrecuencia Posterior (Tabla 9), mientras que las escalas más bajas es Fuerza del Yo, Dominancia y Genero Masculino con pequeñas diferencias entre los tres tipos de consumo de tabaco.

Tabla 9. Media obtenida en el MMPI II de las Escalas Suplementarias por Tipo de Consumo

Escalas Suplemen-tarias	Consumo Leve		Consumo Moderado		Consumo Severo	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
A	61.62	16.31	63.30	12.36	61.79	14.41
R	54.42	10.21	49.43	11.43	48.15	10.74
Fyo	40.14	9.59	39.18	9.03	40.43	11.85
A-MAC	48.30	11.92	56.56	11.65	54.36	14.21
HR	49.00	12.18	44.02	9.59	43.98	9.96
Do	43.09	12.38	38.27	8.05	43.04	11.14
Rs	44.36	9.18	39.85	8.81	40.63	9.68
Dpr	61.08	13.87	63.97	13.13	63.68	15.69
GM	40.82	10.87	39.74	8.45	41.88	10.64
GF	47.18	10.13	46.17	10.78	49.14	9.81
EPK	62.65	17.69	65.98	13.57	66.41	16.08
EPS	63.98	16.88	65.97	14.18	67.06	17.25
Fp	63.99	20.09	66.87	19.38	63.56	21.96
INVAR	52.34	10.46	56.56	62.12	54.50	9.29
INVER	62.78	10.48	10.72	13.91	61.86	12.46

Para los siguientes cuatro grupos se obtuvo el siguiente análisis: en las pruebas de BDI y BAI los datos nos muestra que (Tabla 10) para las personas que tiene menos de 25 años fumando la mayor parte presenta Depresión Moderada (32.6%) a comparación de Ansiedad Grave (33.2%).

Para las personas que tienen de 26 a 33 años fumando la mayor parte de la población presenta Depresión Moderada (37.5%) y Ansiedad moderada (36.1%).

Las personas que tienen de 33 a 37 años fumando la mayor parte de la población presenta Depresión Moderada (36.4%) y Ansiedad moderada (28.0%). Finalmente las personas con 38 años o más fumando la mayor parte reporta no tener depresión (41.4%) y ansiedad moderada (31.4%).

Tabla 10. Medias obtenidas en el BDI y BAI por Años de Fumar. ³

TIPO DE CONSUMO	BDI		BAI	
	CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE	CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
Menos de 25 años	No Depresión	21.6	No ansiedad	17.7
	Depresión Leve	45.7	Ansiedad Leve	22.2
	Depresión Moderada	32.6	Ansiedad Moderada	26.9
	Depresión Grave	0	Ansiedad Grave	33.2
	\bar{X} 2.1097	D.S. 0.72867	\bar{X} 2.7552	D.S. 1.09702
De 26 a 33 años	No Depresión	29.2	No ansiedad	21.6
	Depresión Leve	17.7	Ansiedad Leve	27.5
	Depresión Moderada	36.4	Ansiedad Moderada	28.0
	Depresión Grave	16.7	Ansiedad Grave	23.0
	\bar{X} 2.4070	D.S. 1.07720	\bar{X} 2.5238	D.S. 1.06848
De 33 a 37 años	No Depresión	15.1	No ansiedad	9.4
	Depresión Leve	30.5	Ansiedad Leve	31.1
	Depresión Moderada	39.6	Ansiedad Moderada	0
	Depresión Grave	14.8	Ansiedad Grave	59.5
	\bar{X} 2.5411	D.S. 0.92054	\bar{X} 3.0968	D.S. 1.12852
De 38 a más años	No Depresión	39.0	No ansiedad	14.5
	Depresión Leve	27.3	Ansiedad Leve	28.2
	Depresión Moderada	23.5	Ansiedad Moderada	41.6
	Depresión Grave	10.2	Ansiedad Grave	15.8
	\bar{X} 2.0498	D.S. 1.01580	\bar{X} 2.52852	D.S. 0.92.74

Para el Cuestionario de Motivos de Fumar los resultados obtenidos para las personas que tiene menos de 25 años fumando reportan como motivos muy importantes Necesidad (90.0%), Relajación (91.0%) y Reducción de Tensión

³ Las Medias y la Desviación Estándar que se presentan son los totales por los años que llevan los pacientes consumiendo tabaco de depresión como de ansiedad.

(90.6%) como un motivo muy importante. Para las personas que tienen de 26 a 33 años fumando son Relajación (96.5%), y Reducción de Tensión (93.3%). Las personas que tienen de 33 a 37 años fumando la mayor parte de la población reporto como motivo muy importante Necesidad (95.4%), Relajación (95.2%), y Reducción de Tensión (90.1%). Finalmente las personas con 38 años o más fumando la mayor parte reporta Relajación (90.8%) y Reducción de Tensión (89.9%) como un motivo muy importante (Tabla 11).

Tabla 11. Medias obtenidas en el Cuestionario de Motivos de Fumar por Años de Fumar. ⁴

Tipo de Consumo	Clasificación	Estímulo	Manipulación	Relajación	Reducción de Tensión	Necesidad	Adicción
Menos de 25 años	No es un motivo muy importante	27.6	19.6	9.0	9.4	10.0	56.5
	Motivo muy importante	72.4	80.4	91.0	90.6	90.0	43.5
		\bar{X} 2.7245	\bar{X} 2.8035	\bar{X} 2.9102	\bar{X} 2.9056	\bar{X} 2.9002	\bar{X} 2.45351
De 26 a 33 años	No es un motivo muy importante	28.0	20.9	3.5	7.0	13.6	58.9
	Motivo muy importante	72.0	79.1	96.5	93.0	8.64	41.1
		\bar{X} 2.7202	\bar{X} 2.7909	\bar{X} 2.90650	\bar{X} 2.9301	\bar{X} 2.8638	\bar{X} 2.4115
De 33 a 37 años	No es un motivo muy importante	25.4	21.6	4.6	4.8	9.9	50.1
	Motivo muy importante	74.6	78.4	95.4	95.2	90.1	49.9
		\bar{X} 2.7664	\bar{X} 2.7841	\bar{X} 2.9535	\bar{X} 2.9516	\bar{X} 2.9013	\bar{X} 2.4985
De 38 a más años	No es un motivo muy importante	53.0	46.3	9.2	10.1	15.4	47.7
	Motivo muy importante	47.0	53.7	90.8	89.9	84.6	52.3
		\bar{X} 2.4698	\bar{X} 2.5368	\bar{X} 2.90852	\bar{X} 2.8987	\bar{X} 2.8464	\bar{X} 2.5229

Para el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI II), dentro de las escalas básicas los resultados obtenidos (Tabla 12) para las personas que tiene menos de 25 años fumando la mayor parte presenta las escalas más elevadas son la F Infrecuencia, Equizofrenia y Obsesividad, mientras que las escalas más bajas es K Corrección.

⁴ Las Medias que se presentan son los totales por los años que llevan fumando los pacientes para los motivos de fumar

Para las personas que tienen de 26 a 33 años fumando la mayor parte de la población presenta la F Infrecuencia, Equizofrenia e Hipocondriasis mientras que las escalas más bajas es K Corrección; lo mismo se presenta par las personas que tienen de 33 a 37 años fumando. Finalmente las personas con 38 años o más fumando la mayor parte reporta las escalas más elevadas de F Infrecuencia, Equizofrenia y Depresión, mientras que las escalas más bajas es K Corrección.

Tabla 12. Medias obtenidas en el MMPI II de las Escalas Básicas por Años de Fumar

Escalas Básicas	Menos de 25 años		De 26 a 33 años		De 33 a 37 años		De 38 a más años	
	Media	D. E	Media	D. E	Media	D. E.	Media	D. E.
L	49.51	11.97	49.24	9.79	48.18	11.76	48.96	8.97
F	66.73	20.18	69.64	19.06	68.74	18.49	65.13	14.81
K	43.04	10.88	44.62	10.93	40.74	9.97	41.28	9.17
Hs	60.35	12.18	66.07	13.96	66.39	13.82	57.20	8.36
D	59.17	11.58	63.48	10.80	64.33	11.03	61.18	12.87
Hi	61.60	11.73	62.40	13.55	60.81	10.91	56.85	10.01
Dp	61.40	13.08	65.22	10.94	63.78	13.35	57.42	11.94
Mf	50.70	9.73	48.88	11.38	50.63	10.18	52.78	10.19
Pa	61.57	13.64	61.95	14.80	63.40	17.63	59.46	14.58
Pt	61.99	14.37	64.55	13.90	65.71	19.62	60.97	14.96
Es	64.51	17.89	66.86	15.28	70.03	22.10	61.78	15.85
Ma	53.6	12.06	53.73	13.00	58.35	12.27	51.44	12.08
Is	54.69	10.25	58.46	10.24	57.50	12.98	61.03	13.37

En cuanto a las Escalas de Contenido más elevadas de la población son Ansiedad, Dificultad en el Trabajo, Depresión y Preocupación por la Salud (Tabla 13), mientras que entre las escalas más baja se encuentran Prácticas Antisociales, Cinismo con pequeñas diferencias entre los tres tipos de consumo de tabaco.

Tabla 13. Medias obtenidas en el MMPI II de las Escalas de Contenido por Años de Fumar

Escalas de Contenido	Menos de 25 años		De 26 a 33 años		De 33 a 37 años		De 38 a más años	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
ANS	64.48	12.93	62.26	12.47	63.37	13.06	62.20	8.031
MIE	55.88	13.09	54.54	10.16	58.92	9.92	57.57	13.83
OBS	59.32	12.62	62.36	13.38	62.29	13.55	61.95	11.12
DEP	61.66	14.32	67.51	15.19	67.49	17.49	64.40	12.19
SUA	63.19	12.73	68.41	11.96	67.77	12.33	61.31	10.33
DEL	58.66	13.88	54.73	15.41	62.64	15.47	57.11	11.33
ENJ	60.89	11.66	60.06	13.61	62.08	11.26	59.36	9.95
CIN	51.24	9.49	51.47	8.96	54.77	9.97	52.07	7.92
PAS	52.60	10.73	53.11	10.81	55.29	11.66	50.61	10.40
PTA	58.87	12.85	56.23	13.46	59.19	12.49	57.32	12.52
BAE	57.79	12.14	63.65	13.41	60.98	14.48	63.00	10.81
ISO	54.28	10.53	57.09	9.73	59.67	12.96	58.55	10.82
FAM	62.28	13.08	60.32	12.40	64.10	13.60	56.95	10.41
DTR	62.65	14.08	67.68	14.80	68.30	16.87	64.11	11.50
RTR	55.94	12.20	65.01	16.55	60.01	15.71	63.91	12.62

Las Escalas Suplementarias más elevadas de la población son Ansiedad, Desorden de Estrés Post traumático de Keane, Desorden de Estrés Post traumático de Schlenger e Infrecuencia Posterior (Tabla 14), mientras que las escalas más bajas es Fuerza del Yo, Dominancia y Género Masculino con pequeñas diferencias entre los tres tipos de consumo de tabaco.

Tabla 14. Medias obtenidas en el MMPI II de las Escalas Suplementarias por Años de Fumar

Escalas Suplementarias	Menos de 25 años		De 26 a 33 años		De 33 a 37 años		De 38 a más años	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
A	60.88	13.10	62.09	14.49	64.37	14.63	62.66	13.21
R	45.39	10.56	54.94	10.27	48.20	11.32	48.95	10.11
Fyo	43.02	10.79	38.48	10.56	36.44	8.93	40.96	10.20
A-MAC	56.62	12.55	51.22	11.43	56.80	16.73	53.82	11.25
HR	43.47	10.24	45.83	8.543	46.62	13.05	42.92	8.78
Do	42.39	10.38	41.59	11.11	40.29	9.08	39.81	10.61
Rs	39.34	10.77	42.80	9.049	40.04	9.39	40.75	7.53
Dpr	63.62	14.76	64.04	13.11	65.58	14.94	60.86	14.83
GM	42.81	11.15	39.40	8.815	39.86	9.84	41.22	9.19
GF	44.96	9.377	46.39	11.78	48.88	8.50	50.92	10.05
EPK	65.22	14.46	65.75	16.04	68.25	17.70	64.18	13.03
EPS	65.05	15.75	66.17	16.23	69.50	18.01	64.71	13.80
Fp	58.95	18.98	65.52	21.49	71.50	21.4	65.28	19.19
INVAR	55.05	9.84	55.79	9.49	52.47	9.14	56.46	11.50
INVER	57.92	7.71	65.61	15.12	60.32	12.22	64.12	13.51

Finalmente se realizó un análisis estadístico de varianza con la prueba de anova one way de una vía, la cual se utilizó para poder determinar si existían diferencias significativas entre los diferentes grupos en los que se dividió la población dependiendo del tipo de consumo de tabaco y los años que llevaban fumando. Primero se analizó las pruebas de BDI, BAI Y Motivos de fumar para los grupos de consumo de tabaco (leve, moderado y grave), con una comparación múltiple de medias con la prueba Post-hoc de Scheffe donde los resultados nos muestran que hay diferencias significativas entre los tres grupos de consumo de tabaco como se observa a continuación (Tabla 15).

Tabla 15. Resultados obtenidos de la prueba Anova one-way y Post-hoc para las pruebas BDI, BAI y Motivos de Fumar de Russell, para los diferentes grupos de los tipos de consumo de tabaco.

Variable	Grupo	\bar{X}	s	gl	F	Sig
BDI	Tipo de Consumo	17.2280	9.36193	2	63.612	.000
BAI	Tipo de Consumo	23.4833	14.21276	2	79.726	.000
Motivo de fumar Estimulo	Tipo de Consumo	6.4413	2.01833	2	163.740	.000
Motivo de fumar Manipulación	Tipo de Consumo	6.4925	1.54910	2	102.501	.000
Motivo de fumar Relajación	Tipo de Consumo	7.4274	1.22721	2	35.019	.000
Motivo de fumar Reducción de tensión	Tipo de Consumo	7.7121	1.42795	2	6.489	.002
Motivo de fumar Necesidad	Tipo de Consumo	7.2887	1.54695	2	161.542	.000
Motivo de fumar Adicción	Tipo de Consumo	5.4923	1.70072	2	530.584	.000

A continuación se analizó las pruebas de BDI, BAI Y Motivos de fumar para los grupos de años fumado (Menos de 25 años, De 26 a 33 años, De 33 a 37 años y De 38 a más años), con una comparación múltiple de medias con la prueba Post-hoc de Scheffe donde los resultados nos muestran que hay diferencias

significativas entre los tres grupo de consumo de tabaco como se observa a continuación (Tabla 16).

Tabla 16. Resultados obtenidos de la prueba Anova one-way y Post-hoc para las pruebas BDI, BAI y Motivos de Fumar de Russell para los diferentes grupos de los años que llevan fumando la población.

Variable	Grupo	\bar{X}	s	gl	F	Sig
BDI	Años Fumando	17.2280	9.36193	3	35.737	.000
BAI	Años Fumando	23.4833	14.21276	3	118.287	.000
Motivo de fumar Estimulo	Años Fumando	6.4413	2.01833	3	83.019	.000
Motivo de fumar Manipulación	Años Fumando	6.4925	1.54910	3	86.749	.000
Motivo de fumar Relajación	Años Fumando	7.4274	1.22721	3	8.564	.000
Motivo de fumar Reducción de tensión	Años Fumando	7.7121	1.42795	3	84.383	.000
Motivo de fumar Necesidad	Años Fumando	7.2887	1.54695	3	76.624	.000
Motivo de fumar Adicción	Años Fumando	5.4923	1.70072	3	37.234	.000

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente estudio se observó que hay una serie de rasgos de personalidad en la gente que consumen tabaco, los cuales influyen de una manera importante en la adquisición, mantenimiento y reincidencia de dicha conducta, asociada a factores psicológicos y de personalidad.

La relación entre rasgos de personalidad y la conducta de fumar, también fue encontrada por Eysenck, 1960, 1963, 1965, 1967, 1973; Cattell y Krug, 1967; Smith, 1969; Rode y Shephard, 1971; Coan, 1973; Stacker y Bartmann, 1977; Malcolm y Shephard, 1978; Powell et al., 1979, en sus estudios.

Dentro de esta investigación se ha admitido que existe una estrecha relación entre el consumo de tabaco y ciertos rasgos o indicadores psicológicos comunes dentro de esta población, en la que se encontró la existencia de un perfil de personalidad en las personas que consumen tabaco ya que hay ciertos rasgos que se repiten a lo largo del trayecto.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CONSUMO DE TABACO

Los resultados encontrados en esta investigación, indican que la mayoría de los sujetos iniciaron su consumo de tabaco, a la edad de 15 años y continúan haciéndolo al menos de 33 años de su vida, por lo tanto dicha actividad pasa a ser un evento cotidiano que ocupa un lugar y un tiempo en la vida de estas personas, su consumo es alrededor de unos 15 cigarros al día y 465 cigarros al mes, por lo que, son considerados fumadores moderados; Esto representa un gasto mensual de \$600 pesos mensuales lo que impacta en su economía, ya que sus ingresos no hacen a más de \$3000 pesos mensuales y por otro lado, dicho consumo, se sobrepone ante otras necesidades materiales y /o nutrimentales, tanto de los fumadores como de las

personas que viven con ellos, perdiendo la noción de las prioridades y las responsabilidades con su familia.

Otro aspecto importante que se encontró en esta investigación fue que había una mayor asistencia de personas que poseían un nivel educativo superior de licenciatura con un 28%, en contraste con aquellas que no tenían estudios que era el 2% de la población; este hecho indica que el nivel académico no es un variable determinante en la conducta de fumar, pero si nos permite ver que el estilo de vida que poseen estas personas, es un factor que promueve la dependencia al tabaco, ya que el tipo de exigencias que le demanda su medio, la frustración profesional y el estrés, impactan en su estado de animo y en su percepción ante la vida, de hecho, el nivel de preparación, no asegura que estas personas tengan un mejor pronóstico de recuperación o que sean capaces de entrar en contacto con sus emociones de manera más fácil.

También se observó que la principal actividad económica de la población que se analizó es el comercio con 32% y son en su mayoría personas casadas, destacando que buena parte de los sujetos se dedican al hogar en un 28%. Lo antes expuesto nos revela un panorama de la población, en el que se observa que son personas con altos niveles académicos, que se dedican al otras actividades que poco tendrán que ver con lo que estudiaron o que no ejercen su carrera, por atender a las necesidades familiares y conyugales; lo cual repercute en su auto estima y en su animo ya que su realidad esta llena de insatisfacciones y frustraciones, esto los sumerge en estados de depresión y ansiedad.

DEPRESIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO

Los estados de depresión son factores recurrentemente encontrados en los pacientes que consumen cigarros, en los resultados arrojados del Inventario de Depresión de Beck y lo observado en la experiencia clínica, nos dice, en un primer análisis, que el estado de depresión que reportan los pacientes es de depresión moderada con un 33% de la población, es decir que han presentado

momentos en los que tienen sentimientos de tristeza, abatimiento y desesperanza y poca valoración de sí mismo.

Con el fin de realizar un análisis más minucioso al respecto, se dividió a la población por grupos, el primer grupo fue por tipo de consumo de tabaco, en este, se encontró que solo los fumadores que mantenían un consumo severo presentaban depresión moderada, lo que indica que las personas que están consumiendo grandes cantidades de tabaco al día, aprovechan los efectos estimulantes de la nicotina, para obtener la energía para realizar todas las actividades que se les presentan en la vida cotidiana, así como para evitar estados de tristeza, ya que por mas que intenten se les dificulta poder dar una solución a las exigencias de la vida.

Lo que hay que resaltar es que al hacer esta división por tipo de consumo, los pacientes con consumo de tabaco leve y moderado no presentan estados de depresión tan marcada, debido a que se sienten motivados al llegar a un tratamiento para dejar de fumar, esto hace que aumente su autoestima ya que creen poder lograr sus objetivos, en especifico el poder dejar el tabaco, con la creencia de que será mas fácil lograrlo por la poca cantidad de cigarros que consumen.

Además hay que recordar que el nivel de dependencia a la nicotina y a su síndrome de abstinencia, se presentan de forma diferente en cada persona dicho de otra forma, aquellos pacientes con un consumo severo de tabaco poseen una mayor dependencia al cigarro y por lo tanto un síndrome de abstinencia mas exacerbado, lo cual, puede desencadenar episodios de depresión grave; como lo señalan Hughes et al (1986) en sus estudios realizados, en los que asegura que en consecuencia aquellos que posean un consumo leve y moderado tienen más probabilidades de no presentar estados de depresión y angustia grave, como resultado de su tipo de consumo de cigarro.

Al dividir a la población por años que llevan fumando se encontró que las personas que llevan de 33 a 37 años fumando poseen un estado de depresión

moderada, mostrándonos que, mientras más años se llevaba fumando, los estados de depresión aumentan y se presentan con mayor frecuencia, lo que indica que no son episodios, sino, un rasgo de personalidad que se presenta a lo largo de su vida, lo cual concuerda con los estudios realizados (Hughes et al 1986; Breslau et al 1991) en los que se vio que los antecedentes de depresión mayor se correlacionan con una mayor probabilidad de hacerse dependientes de la nicotina, mayores grados de dependencia nicotínica que de los fumadores sin antecedentes de depresión mayor, menores tasas de cesación del tabaquismo y mayor proporción de recaídas en el consumo de tabaco, así como con un síndrome de abstinencia más intenso.

Asimismo la observación empírica dentro de la Clínica Contra el Tabaquismo donde se realizó la presente investigación se muestra que hay un gran índice de abandono en el tratamiento y recaída en el consumo de tabaco y cuando vuelven a consumir tabaco el nivel de consumo es mas elevado, que antes que se dejara de fumar, debido a que al cigarro se le atribuyeron cualidades que no posee como de compañía, seguridad y distracción, las cuales vienen a rescatar al sujeto cuando intenta lidiar con las dificultades de la vida, y es por tal motivo que al dejar el cigarro sienten que han dejado un amigo el cual tienen la creencia de que solo les retribuía beneficios y por lo tanto comienzan un duelo profundo. La historia de depresión es el factor asociado al consumo de tabaco y por todo lo anterior se rechaza la hipótesis de que los pacientes que consumen tabaco poseen estados graves de depresión.

ANSIEDAD EN EL CONSUMO DE TABACO

Con respecto a la ansiedad se observo a través de los resultados arrojados por el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario Multifásico de da Personalidad de Minnesota, nos demuestran que con respecto al los estados de ansiedad en los pacientes fumadores, el total de la población tiene una mayor frecuencia de ansiedad grave con un 30%, esto debido a que los pacientes no se creen capaces de cumplir con las expectativas que tiene del medio que los rodea, así como la insatisfacción por la autoimagen que

proyectan y que no obtienen lo que ellos esperan de la vida la cual perciben injusta y llena de insatisfacciones.

Al dividir a la población por grupos por el tipo de consumo de tabaco se observa que las personas tienden a presentar un estado de ansiedad que va de leve aumentando su frecuencia a grave, a medida que el consumo de tabaco va aumentando, lo anterior se encuentra apoyado con la investigación de Breslau et al. (1991) que encontró que la asociación entre trastornos de ansiedad y tabaquismo sólo era significativa en aquellos fumadores con dependencia de nicotina, y que la intensidad de esta asociación variaba con el nivel de severidad de la dependencia.

Cuando se dividió a la población por años que llevaban fumando se encontró que los resultados siguen presentándose con mayor frecuencia los estados de ansiedad grave y moderada pero al parecer mientras más años llevan fumando los estados de ansiedad también aumentan. Becoña (2003) estudio la relación que tenía el consumo de tabaco y la ansiedad encontró que las personas que nunca fumaron tienen una puntuación significativamente más baja en ansiedad rasgo que los que fuman. Los resultados hasta ahora encontrados indican, la consistente relación que hay entre ansiedad y fumar desde edades tempranas hasta la adultez. Por lo que es importante que la población en general sepa cuáles son los mecanismos de acción del cigarro, de los efectos fisiológicos que tienen; ya que muchas personas le atribuyen al cigarro un efecto de reducción de la tensión y como auxiliar para entrar a estados de relajación, sin embargo, en el organismo, la nicotina tiene efectos contrarios.

Breslau (1999) en un estudio ve que fumar puede aumentar el riesgo de un ataque de pánico. Se dice que la nicotina no tiene un efecto apaciguador sino excitante.

En lo encontrado en la presente investigación se ve una relación entre los estados ansiedad que muestran los pacientes que consumen tabaco en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, la población tiene más casos de ansiedad grave, sin embargo se encuentra en estados de

depresión constantes. Hay una relación entre los estados de depresión y ansiedad que muestran los pacientes, lo que concuerda con algunos estudios (Al-Subaie, 1999, Tselebis Athanassios 2003) donde examinaron el predominio de la dependencia a la nicotina y su relación con la depresión y la ansiedad; determinaron que, los fumadores dependientes a la nicotina presentan altos niveles de ansiedad y de la depresión. Por todo lo anterior se acepta la hipótesis de que los pacientes que consumen tabaco poseen estados de ansiedad grave.

CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR

En cuanto a lo hallado en los resultados del Cuestionario de Motivos de Fumar se encontró que los motivos, descritos por Russell, más importantes, para la población en general son los de Reducción de Tensión y Relajación los que fluctúa en un porcentaje del 90 al 100%, es decir que prácticamente todos los sujetos consideraron que un factor que los mantiene unidos al tabaco son las propiedades relajantes y desestresantes.

Al realizar la división por grupos se observó que, tanto en el grupo de tipo de consumo, como en el de años que llevan fumando, los motivos que se consideran muy importantes eran también Relajación y Reducción de Tensión esto nos dice que, no importa la cantidad de cigarros que se consuman, ni los años que se lleven fumando, los sujetos siguen percibiendo al cigarro de la misma forma, incluso usan el tabaco como una fuente de liberación de estrés y de obtención instantánea de placer y relajación, así como un medio para poder entrar en estados de bienestar inmediatos; debido a que los sujetos de esta muestra se encuentran en estados de depresión y ansiedad constantes. De hecho los efectos relajantes y tranquilizantes del tabaco no solo tienen que ver con las reacciones químicas estimulantes y/o sedantes propias de la nicotina, sino con todo el sistema de creencias que tienen alrededor del tabaco.

Dentro de la práctica clínica los pacientes hicieron referencia a otros motivos que inciden en su conducta de fumar, entre los que se encuentran: la sensación de tranquilidad y placer, responder a las presiones de la sociedad,

mejoría en la imagen de si mismo, sensación de tolerancia a la tensión y el aburrimento, entre otros; todos estos factores contribuyen a la iniciación y mantenimiento de la adicción del cigarro, tanto física, como psicológica, así como los conocimientos, creencias y actitudes que se tengan al respecto.

Al respecto Granda en el año 2000 también concluye que hay diversos factores motivantes que favorece al desarrollo de la dependencia de la nicotina, ya que observo que los fumadores tienen vínculos profundos con su conducta de fumar, donde involucran sentimientos y comportamientos, usualmente fuman como un apoyo en las habilidades sociales y el manejo de sus emociones. Por lo tanto, se acepta las hipótesis de que los pacientes que consumen tabaco presentan los motivos de fumar de Russell de Relajación y Reducción de tensión los cuales favorecen el consumo del mismo.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA II (MMPI II)

En cuanto a los resultados encontrados en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI II) se encontró que hay rasgos comunes que conforman un perfil característico de la personalidad entre los sujetos estudiados, dichos rasgo influyen de algún modo en el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo de tabaco.

En el análisis general, se observo una elevación moderada por encima del T 60 en las escalas Infrecuencia (F), Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Es), configurando un perfil, en el que se describe una población con ciertos rasgos esquizoides y obsesivos compulsivos, los cuales delinear a los fumadores de la clínica como: personas que sienten una necesidad de pedir ayuda, ya que creen que por si solos no tienen la capacidad de resolver sus problemas, por lo que tienden a tratar de parecer mas enfermos de lo que están. Son personas demasiado autocríticas, moralistas, con muy baja autoestima, que tiene dudas persistentes acerca de todo lo que hacen, son sumamente rígidos, así que cuando fallan, tienden a deprimirse y a sentirse culpables, se encuentran tensos y nerviosos todo el tiempo, con dificultades para concentrarse, se les percibe retraídas, hostiles y agresivas, con poco interés en la gente, fácilmente

sugestionables, no reaccionan adecuadamente ante la presión y el estrés lo que representa una limitación para tomar decisiones importantes y aunque puedan ser muy ordenados y perfeccionistas realmente no llevan a cabo acciones que les permitan resolver los problemas que se van presentando en su medio ambiente.

Son sujetos que sienten, una tristeza profunda, depresión, desesperanza, con signos de ansiedad, inquietud y pocas esperanzas de un buen futuro, se encuentran resentidos e inconformes con las situaciones que pasan en su vida, revelándose ante su realidad, pero sin realizar ninguna acción para cambiar lo que les sucede, instalándose en una posición pasiva-dependiente en la que no esperan nada de la vida y se sumergen estados de depresión y ansiedad.

En las escalas de contenido se observo que en general se encuentran por encima del puntaje T50, pero los picos son las escalas Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SUA) y Dificultad en el Trabajo (DTR), esto nos indica que nuestros sujetos viven estados de depresión significativos en la que se observa que no esperan cosas buenas de la vida, dicen tener una sensación constante de vacío e insatisfacción que no logran llenar con nada, excepto al consumir tabaco en exceso, posee sentimientos de culpa que no les permite una mejoría en su estado de animo ya que creen haber cometido muchos errores que los llevo a encontrarse en una situación de vida en la que ya no pueden manejarse correctamente, y que los llevo a tomar tratamiento en la clínica; dicho tratamiento lo perciben en un principio sumamente importante ya que presentan síntomas físicos que les preocupan y se sienten mucho mas enfermos que las demás personas, se sienten culpables ya que creen que todos los malestares son causados por su forma de consumir tabaco y aunque ciertamente varios pacientes ya vienen con enfermedades importantes por fumar, muchos otros no han desarrollado ningún padecimiento, sin embargo se presentan malestares físicos, los cuales mas bien son atribuibles a los estados de ansiedad que presentan, en el momento en que a través de los estudios médicos que se realizan en la clínica, se dan cuenta que no tiene ninguna enfermedad , abandonan el tratamiento y continúan fumando.

Toda esta situación interna les provoca problemas en su desempeño laboral, no se concentran en las actividades que realizan, muestran falta de confianza en si mismos y se sienten deprimidos, por esto tiene dificultades para tomar decisiones por consiguiente dificultad para responder ante la presión y el estrés.

Todo esto concuerda con los resultados ya descritos en los que los pacientes no se encuentran satisfechos con las labores que desempeñan y se encuentran en trabajos que nos les agradan o que eligieron desde un principio como profesión, pero que realizan para poder solventar las necesidades que la familia exige.

En las Escalas Suplementarias las escalas más elevadas son Desorden de Estrés Post traumático de Keane (EPK), Desorden de Estrés Post traumático de Schlenger (EPS) e Infrecuencia Posterior (Fp), lo que nos indica que los sujetos están bajo graves presiones emocionales, relacionadas con eventos del pasado, que no han podido superar y en las que aun se encuentran sumamente vinculados, éstas les afecta en su vida a nivel general encontrando un refugio al consumir tabaco. Un aspecto importante en esta escala, son los bajos puntajes que se obtuvieron en las escalas Fuerza del Yo (Fyo) y Responsabilidad Social (Rs), mostrando a un sujeto que no está dispuesto a asumir, ni aceptar la responsabilidad de su propio comportamiento indicando una pobre adaptación e integración, con pocos recursos para un cambio favorable.

En un análisis más minucioso, al dividir a la población en grupos, se encontró que en el grupo de tipo de consumo, los perfiles con consumo moderado y grave eran de Infrecuencia (F), Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Es) Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SUA) y Dificultad en el Trabajo (DTR), Desorden de Estrés Post traumático de Keane (EPK), Desorden de Estrés Post traumático de Schlenger (EPS) es decir, comparten los mismos rasgos, que en el perfil general, determinando que no varían los rasgos de personalidad por la cantidad de cigarrillos que consumen.

En cuanto a los resultados encontrados al hacer la división por años que llevan fumando, se encontraron que los que tienen de 33 años a 37 consumiendo tabaco conservan el mismo perfil que en general y el de tipo de consumo, sin embargo aquellos se observó que el perfil variaba un poco en los sujetos que llevan fumando de 38 años en adelante, en donde hay niveles más altos de depresión.

La información encontrada en esta investigación señala que la población estudiada en general tiene un pronóstico desfavorable en el éxito en psicoterapia; asimismo se encontró que es muy difícil que se mantengan en ella y es probable que no se beneficien de dicha experiencia, ya que les resulta muy incómodo tratar con alguien más sus asuntos o problemas personales aun a pesar de que sientan la necesidad de pedir ayuda; creen que un cambio es imposible y prefieren pasar por alto una crisis o dificultad, en lugar de enfrentarse a ella y aceptar las consecuencias que traen sus decisiones. Dichos resultados coinciden con la experiencia clínica, donde se constata que los niveles de deserción ante los tratamientos son altos, son pocos los pacientes que llegan a terminar el proceso psicoterapéutico y de estos solo algunos permanecen sin fumar permanentemente, siendo así que los niveles de recaídas son elevados. Por todo lo anterior se rechaza la hipótesis de que los pacientes que consumen tabaco poseen un perfil característico de la personalidad.

En una integración general de todos los aspectos evaluados y observados en esta investigación se puede observar:

a) En relación con las funciones cognoscitivas

Para los fumadores, la nicotina se convirtió en una sustancia que su cuerpo reconoce como propia, dando lugar a una adicción física, sin embargo, también se le ha asociado a sensaciones placenteras y de bienestar, a la estancia agradable y aceptada en las reuniones sociales, a estados de relajación y del control de la situación, lo que hace que las personas pierdan la

capacidad de objetividad para darse cuenta de lo perjudicial que es el tabaco y esto les impide poner distancia de él. Lo cual explica la dificultad que tienen las personas para abandonar el tabaco, ya que no solamente hay una adicción física, sino un vínculo psicológico importante.

Su capacidad de juicio crítico no responde de manera acertada, ya que no advierten la importancia de la magnitud del daño que causan a su propia salud al consumir tabaco; a pesar de estar ya en un proceso de enfermedad crónica, persisten en la necesidad de consumir tabaco, esto nos indica que no pueden evaluar con responsabilidad las consecuencias de sus propios actos, es decir que no aprenden, ni se benefician de las experiencias que le va dejando la vida.

Su capacidad de razonamiento y comprensión muestra dificultades, debido a que su pensamiento se encuentra abrumado por una serie de situaciones que no saben como manejar, perdiendo la noción de las acciones que realizan, dejándose llevar por el impulso y deteniéndose muy poco a razonar las causas y los efectos que dichas acciones tendrán en su vida, generando por lo tanto una serie de complicaciones a nivel de las relaciones personales y laborales, siendo así, incapaces de dirigir a su grupo familiar, dejando esa responsabilidad a otros miembros familiares.

En cuanto a su capacidad de concentración y atención los pacientes se muestran como personas sumamente dispersas, que tienen dificultad para concentrarse en una actividad o en un tema determinado, debido a factores psicopatológicos que los obligan a sustraerse de la realidad, es por eso que, usan constantemente las sustancias estimulantes del cigarro, como medio para entrar en estados de vigilia, ya que por si solos se sienten incapaces de hacerlo, afectando la forma en la que se desarrollan en los ambientes en que los que participan.

En la toma de decisiones, la inseguridad y pobre autoconcepto de los pacientes afecta en su autoimagen y no se sienten capaces para asumirse como figuras de autoridad, dejando de lado la responsabilidad para otros.

Tienden a no reaccionar adecuadamente ante la presión y el estrés, lo que representa una limitación para tomar decisiones importantes, así que no optan por una resolución favorable de los problemas que se le van presentando en su medio ambiente.

De esta manera puede observarse como estas personas llegan a un punto en el cual ya no son capaces de utilizar su buen potencial para responder a las expectativas del medio, y sin embargo poco a poco marcan su proceso de desadaptación y pobre respuesta a una vida plena y objetiva.

b) En relación con el área emocional.

En el área emocional, los sujetos que consumen tabaco que asisten a la Clínica Contra el Tabaquismo, son personas que no reconocen el contenido emocional de sus dificultades o problemas emocionales.

Tienen conflictos para poder expresar sus emociones, tanto para si mismos como para las personas que les rodean, una de las emociones que presentan dificultades es el control del enojo. Llegan a considerarse inmaduros, infantiles y narcisistas, son incapaces de establecer vínculos afectivos profundos; presentan arrebatos agresivos, llegan a atacar a los demás y no se sienten culpables de su conducta negativa.

El nivel de autoestima es sumamente bajo, su auto concepto es pobre y negativo. Se encuentran resentidos e inconformes con las situaciones que pasan en su vida, revelándose ante su realidad, pero sin realizar ninguna acción para cambiar lo que les sucede. Tienen poca capacidad de beneficiarse de las experiencias y sus metas no están bien definidas, asimismo, muestran una ausencia de respuesta emocional profunda y no logran establecer una relación terapéutica, ya que tienden a no estar motivados.

Un factor importante que reportan y se puede observar en la práctica, es que los pacientes tienen preocupaciones corporales excesivas, síntomas somáticos vagos y quejas indefinidas (como malestar gástrico, fatiga, dolor, debilidad física, palpitaciones cardiacas o falta de aire), con un componente

psicológico importante; además de tener una excesiva preocupación por su salud, la cual, ya está afectada, por el consumo de tabaco que han tenido a lo largo de su vida. Cuando llegan a la Clínica Contra el Tabaquismo reportan alteraciones emocionales intensas, se encuentran tensas y agitadas, sumamente culpables por la cantidad de tabaco que han consumido.

Dichas sintomatología indica estados de ansiedad y depresión graves, sin embargo, los paciente al carecen de *insight* con respecto a las causas de sus síntomas somáticos, solo las perciben como malestares físicos que atribuyen a algún tipo de enfermedad causada por fumar y por lo tanto asisten de primera instancia al médico.

En general los sujetos son muy imaginativos, tienden a recurrir a fantasías y ensoñaciones como defensa ante las situaciones desagradables, ya que tienen dificultades para expresar sus sentimientos y de beneficiarse de las experiencias que el medio les ofrece; aunque aparentemente buscan ayuda, no se comprometen realmente con esta.

Utilizan como principales mecanismos de defensa, la intelectualización y la racionalización, por una parte, buscan una explicación que ellos encuentran razonable a todo lo que les pasa y no aceptan las explicaciones de otras personas o cuando se encuentran en algún tratamiento les es difícil aceptar las interpretaciones del profesional de la salud; también se observaron mecanismos de negación y represión, con los cuales evaden sus verdaderas problemáticas.

Las personas que consumen tabaco mantienen actitudes negativas hacia los médicos, el personal de la salud en general y los tratamientos de salud mental. No creen que alguien pueda comprenderlos, ni ayudarlos. Les resulta muy incómodo tratar con alguien más sus asuntos o problemas personales. Quizá deseen que todo permanezca igual en su vida y probablemente creen que un cambio es imposible, prefieren pasar por alto una

crisis o dificultad, en lugar de enfrentarse a ella y aceptar las consecuencias que traen sus decisiones.

c) En área de relaciones interpersonales.

Son personas introvertidas y moralistas, que se preocupan en exceso, en las situaciones sociales, se les percibe como poco sensibles, la primera impresión puede ser buena, aunque establecen lazos poco profundos y superficiales. Así como parece que son incapaces de establecer relaciones cálidas con los demás, siendo amigables sólo por razones egoístas.

Suelen ser sumamente manipuladores y sólo parecen interesarse en los demás cuando son útiles para sus propósitos personales, son incapaces de establecer vínculos afectivos profundos.

Prefieren estar en pequeños grupos o a solas, aunque pueden tener la habilidad para relacionarse con los demás, prefieren no hacerlo. Se mantienen distantes y se sienten diferentes de los demás, de modo que tienden a aislarse. Se sienten inferiores y poco interesantes, consideran que no son agradables y poco importantes para los demás.

Se muestran hipersensibles y responden de manera exagerada a las reacciones de los demás, por lo que son cautelosos, defensivos y desconfiados en las relaciones con la pareja o los familiares.

En cuanto a las acciones de las personas que los rodean, suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de lo que hacen, los perciben como poco confiables debido a que solo puede reconocer relaciones sociales por conveniencia e interés.

En la experiencia clínica se observó que las personas que asistían a la terapia, creaban una cierta identidad con los compañeros de tratamiento, ya que al igual que ellos fuman, además se sienten identificados entendidos y

comprendidos por los miembros que confirman la terapia. Lo cual fue un recurso importante en el tratamiento para dejar de fumar.

Un factor importante que se observo de manera directa en la clínica y que coincide con los datos encontrados fue que los pacientes reportan, la existencia de desavenencias y pleitos importantes con su familia, asimismo describen a los miembros de su familia como desagradables y poco afectuosos e inclusive tienen sentimientos de odio por su familia.

Generalmente las historias de vida de los pacientes están llenas de conflictos familiares o conyugales, causándoles gran parte de los síntomas que reportan; y también dichos problemas son resultado de los conflictos psicopatológicos que poseen.

Para estos sujetos las relaciones familiares son un factor determinante en su adicción ya que se encuentran con un doble mensaje por un lado hay un mensaje de preocupación por su conducta, pero por otra hay un marcado desinterés por lo que les ocurre. Establecen un pacto con los miembros de la familia en el cual se sacrifica para poder mantener la “estabilidad familiar” y ante esto la persona fuma.

Los sujetos de esta investigación experimentan dificultad para tomar decisiones, se preocupan demasiado y tienen miedo de muchas cosas, lo que los lleva a evitar los conflictos en vez de tratarlos directamente, debido que suelen ser sumisos y cautelosos. Otros los ven como demasiado conservador en su conducta y acciones, además de ser fácilmente influenciables por otras personas; lo que les afectan de manera directa a sus actividades de la vida cotidiana en el desempeño de labores, ya sea en su trabajo o en casa.

Mantienen actitudes negativas hacia los médicos, el personal de salud en general y los tratamientos de salud mental. No creen que alguien pueda comprenderlos, ni ayudarlos. Les resulta muy incómodo tratar con alguien más sus asuntos o problemas personales. Desean que todo permanezca igual en su vida y creen que un cambio es imposible, prefieren pasar por alto una crisis o

dificultad, en lugar de enfrentarse a ella y aceptar las consecuencias que traen sus decisiones.

De la sociedad también reciben mensajes ambivalentes a los fumadores, los cuales por un lado la publicidad que se presenta en la televisión, en el cine y en anuncios espectaculares es que fumar les da una imagen y cierto estatus; por otro es la preocupación de los daños que se pueden tener al fumar; y cuando ya tiene una enfermedad física les hacen sentir culpa por haber fumado y tener una enfermedad, entonces se les muestra que quienes les importan no son ellos sino los fumadores pasivos que están enfermando por su conducta lo cual causa que esta población este siendo segregada al mandar el mensaje de rechazo social al prohibirles fumar en cualquier lugar cerrado además de que ahora no solo se esta prohibiendo por una ley, sino que es decretado como pecado capital la drogadicción y las sustancias que contiene el cigarro son consideradas como drogas.

El consumo de tabaco es parte del proceso psicopatológico, desde el momento que existen fumadores existe ya una patología establecida que crea una adicción la cual los atrapa y los hace perder de vista el motivo de vida, dentro de este proceso la sociedad y la familia tienen una parte fundamental para mantener a estos sujetos cada ves que intenten dejar de consumir tabaco desistan en su intento.

Por todo esto dificulta el proceso de las personas para poder dejar de fumar y es importante ver más allá de la conducta. Se puede apuntar en dirección de una cura, en la que, en primer lugar no sea como objetivo único la eliminación de la conducta, sino el entendimiento del lugar que ocupa en cada sujeto y la razón por la cual se instauro como punto de anclaje ante la angustia, el consumo de tabaco.

CONCLUSIONES

En conclusión podemos decir que a través de las hipótesis planteadas se determina que existen rasgos específicos de la personalidad que cursan con el tabaquismo.

Los rasgos comunes encontrados indican que, son personas con cuadros de depresión y ansiedad, con rasgos esquizoides, obsesivos-compulsivos y una tendencia a la hipocondría que describe a los sujetos como personas con un pobre manejo de las emociones, tienen baja autoestima, inseguras acerca de las decisiones que toman en su vida y en general tienen una falta de capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles y/o nuevas. Toda esta situación interna les provoca problemas en sus relaciones interpersonales y su desempeño laboral.

Las funciones cognitivas de los sujetos que consumen tabaco y que asisten a la clínica contra el tabaquismo se ven afectadas, debido a la psicopatología que presentan y al tabaquismo, creando dificultades en los procesos del pensamiento de dichas personas.

Los fumadores recurren al cigarro con el fin de obtener beneficios a corto plazo, como en el manejo del estrés, la ansiedad y como herramienta para entrar a estados de relajación inmediata.

El tabaquismo es un problema de salud pública multifactorial que está interrelacionado con aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y económicos, que se relacionan con el estilo de vida de los sujetos. Por lo cual en el momento de querer dejar esta adicción, se tiene que ver todos los factores circunscritos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación muestra la perspectiva de un perfil de rasgos de la personalidad en personas que consumen tabaco, de acuerdo al marco teórico,

no se puede definir un perfil específico de la personalidad, pero si se pueden definir algunos rasgos en común de las personas con tabaquismo.

Las limitaciones que se encontraron dentro del estudio fueron que al recolectar la muestra se realizó de manera no probabilística y por conveniencia, con lo que no se pudo llevar a cabo un análisis estadístico por sexo, ya que el número de mujeres es mayor al de hombres y no se observaron las diferencias entre grupos por sexo.

Otras limitaciones fueron con respecto a las pruebas psicológicas que se aplicaron como parte de la batería, ya que el Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell, no se encuentra estandarizado para población mexicana, lo cual pudo haber alterado la confiabilidad de los datos arrojados, además los pacientes dejaban incompleta la batería de pruebas psicológicas.

Como sugerencia para la replica del estudio se recomienda tomar en cuenta la cantidad de sujetos del mismo sexo, para que se pueda hacer un análisis estadístico mas minucioso y que la muestra sea recolectada de forma probabilística. Si se utiliza el Cuestionario de Fumar de Russell, se recomienda que se haga la estandarización para población mexicana, ya que no se encuentra estandarizada. Así mismo se recomienda la aplicación de una batería más extensa de pruebas psicométrías que incluyan pruebas de inteligencia, proyectivas y grafoprojectivas.

Además de realizar el mismo estudio a varias Clínicas Contra el Tabaquismo para que se pueda hacer un análisis comparativo de todos los centros. También se recomienda se haga no solo de forma transversal, sino de forma longitudinal para ver si varían hay algún cambio a través del tiempo. Seria conveniente realizar el mismo estudio en una población mayor y de diferentes instituciones dedicadas al estudio del tabaquismo con el fin de que se haga un estudio más amplio que abarque una muestra más amplia de fumadores.

Se propone que se utilicen los datos encontrados en esta investigación para ayudar al personal de salud que trabaja con esta población a implementar nuevas estrategias de tratamiento, así como mejorar las que ya existen, sin perder de vista el fondo psicológico de esta conducta.

PROPUESTA TERAPÉUTICA

Con todo lo recabado en esta investigación, se estima importante hacer una propuesta de tratamiento en la que los sujetos se vean mas beneficiado en su propósito de abandonar su adicción al tabaco.

Para esto se propone trabajar con psicoterapia de grupo donde los sujetos reúnan características afines, establecidas en un psicodiagnóstico; donde el paciente trabaje su adicción al tabaco.

Se propone la integración de una batería de pruebas más estructuradas que permita un conocimiento mas profundo sobre los procesos psicodinámicos que desencadenaron la conducta de fumar y con ello realizar un tratamiento más específico y con mejores resultados; la batería puede estar estructurada con una entrevista clínica mas amplia, la Escala de Wechsler Adultos WAIS III, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI II), ya que es una prueba que aborda los rasgos de personalidad característicos, revelando la probables causas y áreas de conflicto, siendo esta una herramienta altamente reveladora de los conflictos que vive esta población, además de incluir Pruebas Protectivas como el Test de Apercepción Temática TAT o el Test de Relaciones Objétales; así como las pruebas grafoproyectivas de Test de la familia, el Test de la Figura Humana Machover, para poder obtener los aspectos de su personalidad que están relacionados con su consumo de cigarro.

Para esto se conformarían tres grupos con el fin brindar una atención mas especializada y enfocada a las necesidades de cada persona.

Grupo A, estará integrado por personas sin la evidencia en el psicodiagnóstico de un trastorno de la personalidad evidente, con uso o abuso del consumo de tabaco.

El Grupo B estará conformado por personas que poseen en el psicodiagnóstico de un trastorno de la personalidad que curse con uso o abuso del consumo de tabaco.

El Grupo C estaría conformado por pacientes que poseen en el psicodiagnóstico de un trastorno de la personalidad por abuso de sustancias, del consumo de tabaco y otras adicciones.

Con esta clasificación, los pacientes se verán más favorecidos, debido a que se encontraran dentro de un círculo de personas afines, que les servirán de soporte y motivación para resolver lo que hay detrás de la conducta de fumar y con ello poco a poco dejar de fumar.

A demás es necesario fomentar y aumentar su autoestima, mejorar su auto concepto y crear un ambiente motivante dentro del proceso terapéutico; ya que si los pacientes no se sienten capaces, ni merecedores de una situación de vida mas favorable, probablemente nada de lo que se realice influirá de manera determinante en su conducta de fumar.

Lo mas importante es que los pacientes entren en un verdadero proceso de autoconocimiento, tanto de sus emociones, como de su cuerpo y de su personalidad, solo así podrán hacer concientes varios aspectos de su conducta que no tenían presente y observar con más claridad lo que esta pasando en sus vidas y así poder retomar la objetividad en sus decisiones.

Hay que tener en cuenta, que es difícil para los pacientes dejar de realizar una conducta satisfactoria o que en algún momento les provoco placer, sin que antes tomen en cuenta los motivos inconscientes que los llevan a realizarla, por lo tanto es necesario que el sujeto logre darle un lugar a su adicción, que puedan reconocerla como un elemento importante en su vida,

que ocupó un tiempo, un espacio, y que entienda las ganancias secundarias que le retribuía.

Este cambio en la estructuración del tratamiento implicaría de principio un incremento de gastos en la institución del sector salud, pero si la psicoterapia es bien llevada el número de pacientes que dejarían de fumar definitivamente se incrementaría, con lo cual se reducirían los gastos posteriores en el tratamiento de las enfermedades ocasionadas con el consumo de tabaco.

REFERENCIAS

- Adicción a la Nicotina. Introducción y ocupación del cerebro (2005). Disponible en: www.tabaquismo.freehosting.net/NICOTINA/ADICCIONNICOTINA.htm
- Advierten que el cigarro contiene más de 60 sustancias cancerígenas (2006). Disponible en: www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.2006
- American Cancer Society: Detailed Guide: prostate cancer (2005). Disponible en: www.cancer.org./docroot/CRI/CRI_2_3x.asp=36
- Anokhin A.P., Todorov A.A., Madden P.A., Grant J.D. (1999) Heath ACBrain event-related potentials, dopamine D2 receptor gene polymorphism, and smoking. *Genet Epidemiol*, 17 Suppl 1: S37-42.
- Aragonés R. (1981) Tabaquismo. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Arinami T., Ishiguro H., Onaivi E. (2000) Polymorphisms in genes involved in neurotransmission in relation to smoking. *Eur J Pharmacol*, 410: 215-226.
- Arjonilla S., Pelcastre B., (2000) Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud/salud mental/junio, año vol.23 numero 003 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
- Beck, A.T. (1967) Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber. En Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Prentice Hall.
- Beck T.A., Steer A.R., Garbin G.M. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty_five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8:77-100, 1988.
- Becoña E., Palomares A., García M. (1998) Tabaco y Salud, guía de prevención y tratamiento del tabaquismo.
- Becoña E., Vázquez F.L. (2004) Psicopatología del tabaquismo. Disponible en: www.dejardefumar.com.ar/articulos.asp?art=33.
- Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2000;15:395-401.
- Belsasso G. (2001) El tabaquismo en México. CONADIC Informa.
- Benowitz, N.L. (1996) Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 36: 597- 613.

- Bierut L.J., Rice J.P., Edenberg H.J. (2000) Family-based study of the association of the dopamine D2 receptor gene (DRD2) with habitual smoking. *Am J Med Genet*, 90: 299-302.
- Breslau N., Andreski P., Kilbey M., (1991a) Nicotine dependence, in an urban population of young adults: prevalence and co-morbidity with depression, anxiety and other substance dependencies. *NIDA Res Monogr*; 105: 458-459.
- Breslau N., Kilbey M., Andreski P. (1992) Nicotine withdrawal symptoms and psychiatry disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry*. 149:464-469.
- Breslau N., Kilbey M., Andreski P. (1993) Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 50: 31-35.
- Breslau N., Kilbey M.M., Andreski P. (1994) DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*; 89: 743-54.
- Burt RD, Dinh KT, Peterson AV, Sarason IG. Predicting adolescent smoking: a prospective study of personality variables. *Prev Med*. 2000;30:115-25.
- Caraveo-Anduaga J., Medina-Mora M.E., Rascón M.L., (1996) Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment*; 19(3): 14-21.
- Caraveo J., Martínez N., Rivera B., Polo A. (1997) Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment*, 20:15-23.
- Cárdenas L., Tremplay L.K., Naranjo C.A., Herrmann N., Zack M., Busto U.E. (2002) Brain reward system activity in major depression and comorbid nicotine dependence. *J Pharmacol Exp Ther*; 302(3): 1265-71.
- Carmelli D., Swan G.E., Robinette D., Fabsitz R. (1992) Genetic influence on smoking-a study of male twins. *N Engl J Med*, 327: 829-833
- Carmody T., Loew D., Hall R., Breckenrige J.(1988) Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies whit chronically ill smokers. Special Issue: Pharmacological adjuncts an nutritional supplements in the treatment of drug dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20 (3).
- Checa Mireia Jané, (2004) Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género, Monografía Tabaco, Adicciones, ISSN 0214-4840, Vol. 16, suplemento

- Cholerton S., Arpanahi A., McCracken N. (1994) Poor metabolisers of nicotine and CYP2D6 polymorphism. *Lancet*, 343: 62- 63.
- Cicero S., González R., Ramírez C. (1995) Información básica sobre el tabaquismo. México: Secretaría de Salud.
- Cicero S. (1999) Seminario permanente: Medio ambiente y salud, Efectos del tabaquismo en el aparato respiratorio. Disponible en: www.facmed.unam.mx/pública/gaceta/gacetaabril10-99/TABACO.htm.
- Cichon S., Nothen M.M., Erdmann J., Propping P. (1994) Detection of four polymorphic sites in the human dopamine D1 receptor gene (DRD1). *Hum Mol Genet*, 3: 209.
- Comings D.E., Ferry L., Bradshaw-Robinson S. (1996) The dopamine D2 receptor (DRD2) gene: a genetic risk factor in smoking. *Pharmacogenetics*, 6: 73-9.
- Comings D.E., Gade R., Wu S. (1997) Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry*, 2: 44-56
- Conde V., Esteban T., Useros E. (1976) Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Rev Psicol Gen Aplic*; 31: 469-497
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2004). Campaña Mundial sin Tabaco. México.
- Constituyentes del humo del tabaco. (2005) Disponible en: www.encolombia.com/nicotrans_efectos4a.htm
- Cooney J.L., Stevens T.A., Cooney N.L. (1998) Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. In: Kranzler H.R., Rounsaville B.J. (eds.) *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker.
- Dejar de fumar ¿costo o ahorro?. (2005) Disponible en: www.economiadelasalud.com/Ediciones/01/07Analisis/dejar_fumar.htm
- De la Fuente R., Medina-Mora M.E., Caraveo J. (1997) Salud mental en México. México, DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica.
- De Leon J., Dadvand M., Canuso C., White A.O., Stanilla J.K., Simpson G.M. (1995) Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry*; 152:453-455.
- De Leon J., Díaz F.J., Rogers T., Browne D., Dinsmore L. (2002) Initiation of daily smoking and nicotina dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res*; 56 (1-2): 47-54.

- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2004) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud.
- Dogana, F. (1980) Psicopatología del consumo cotidiano. Barcelona: Gedisa.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV). (1994). 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Edwards K.L., Austin M.A., Jarvik G.P. (1995) Evidence for genetic influences on smoking in adult women twins. Clin Genet, 47: 236-244.
- Ellis A., Russell G. (1997) Manual de Terapia Racional Emotiva (7ª. Ed.) México: Pax
- Encuesta Nacional de las Adicciones (1998). Tabaco, alcohol y otras drogas. CONADIC-SS. México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Tabaco, alcohol y otras drogas. CONADIC-SS. México.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment;26:1-16.
- Enfermedades derivadas del consumo de tabaco (2006) Disponible en: www.ibermutuamur.es/contenido/cc/libro_sin_humo/anexos/iiiib.htm
- El Tabaco. (2005) Disponible en: www.drogas.com/salud/drogyri/tabaco.html
- Espino G. (1998) Tabaquismo y Contaminación ¿Es usted fumador de segunda mano? LiberAddictus, 20.
- Estadísticas relacionadas con los trastornos de la salud mental. (2005) Disponible en: www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/facts.cf
- Fajardo Y. (1995) Tabaquismo y Personalidad. Tesis de Posgrado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Frenk J., Lozano R., González M.A. (1999) Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud.
- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3:235-41.

- Glassman A.H., Stetner F., Walsh T., Raizman P.S., Fleiss J.L., Cooper T.B., Covey L.S. (1998) Heavy smokers, smoking cessation and clonidine. *J Am Med Assoc*; 259: 2863-2866.
- Gilbert DG. Smoking: individual differences, psychopathology, and emotion. Washington: Taylor & Francis; 1995.
- Goff D.C., Henderson D.C., Amico E. Cigarette smoking in Schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry*. 149: 1189-1194, 1992
- González, R. E., Ramírez C. E., Cicero S. R. y Gutiérrez, H. (2001) Papel del médico general en el abandono del hábito de fumar: Manual operativo. México: UNAM.
- González S., R. (2002) Bases moleculares de la adicción a la nicotina. Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina. Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL). Universidad de Salamanca. *Prev Tab*, 4(1): 33-36.
- Goodman y Gilman (1996) Las bases farmacológicas de la terapéutica. (9ª ed.) Mc Graw-Hill Interamericana.
- Granda O., J.I. (2000) Tipos de dependencia y síndrome de abstinencia. Hospital Militar Universitario "Gómez Ulla" (Servicio de Neumología). Madrid. Disponible en: www.saludalia.com/Saludalia/privada/web_club/doc/tabaco/doc/dependencia2.htm
- Grandy D.K., Litt M., Allen I. (1989) The human dopamine D(2) receptor gene is located on chromosome 11 at q22-q23 and identifies a TaqI RFLP. *Am J Hum Genet*, 45: 778-785.
- Gurrea E.A., Pinet O. Ma. C. (2004) Tabaco y patología afectiva. *Adicciones* 16, Supl. 2
- Hall, Calvin, Compendio de Psicología Freudiana, Editorial Paidós, 10 reimpresión, México, 1990.
- Hall S.M., Reus I.V., Muñoz R.F., Sees K.L., Humfleet G., Hartz M.A., et al (1998) Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry*; 55:683-90.
- Heath A.C., Martin N.G. (1993) Genetic models for the natural history of smoking: evidence for a genetic influence on smoking persistence. *Addic Behav*; 18:19-34.
- Hitsman B, Borrelli B., McChargue D.E., Spring B., Niaura R. (2003) History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*; 71(4): 657-63.

- Hoffman S.M., Fernández-Salguero P., González F.J., Mohrenweiser H.W. (1995) Organization and evolution of the cytochrome P450 CYP2A-2B-2F subfamily gene cluster on human chromosome 19. *J Mol Evol*, 41: 894-900.
- Hollon S.D., DeRubeis R.J., Evans M.D., Wiemer M.J., Garvey M.J., Grove W.M. & Tuason V.B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- Hughes J., Hatsumaki D., Mitchell J. et al. (1986) Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 143: 993 - 997.
- Hu S., Brody C.L., Fisher C. (2000) Interaction between the serotonin transporter gene and neuroticism in cigarette smoking behavior. *Mol Psychiatry*, 5: 181-188.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002) XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, DF: INEGI.
- Jonsson E.G., Nothen M.M., Grunhage F. (1999) Polymorphisms in the dopamine D2 receptor gene and their relationships to striatal dopamine receptor density of healthy volunteers. *Mol Psychiatry*, 4: 290-6.
- Jorm A.F., Henderson A.S., Jacomb P.A. (2000) Association of smoking and personality with a polymorphism of the dopamine transporter gene: results from a community survey. *Am J Med Genet*, 12, 96: 331-4.
- Karan L.D., Rosecrans J.A. (2000) Addictive capacity of nicotina. In: Piasecki M., Newhouse P.A. (eds.) *Nicotine in psychiatry. Psychopathology and emerging therapeutics*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kubicka L, Matejcek Z, Dytrych Z, Roth Z. IQ and personality traits assessed in childhood as predictors of drinking and smoking behaviour in middle-aged adults: a 24-year follow-up study. *Addiction*. 2001;96:1615-28.
- La mortalidad en pacientes con cáncer de próstata es mayor entre los que son fumadores (2006), Disponible en: <http://www.klip7.cl/blogsalud/adicciones/2006/06/la-mortalidad-en-pacientes-con-cancer.html>
- Lerman C., Shields P.G., Audrain J. (1988) The role of serotonin transporter in cigarette smoking. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*, 7: 253-255.
- Lerman C., Shields P.G., Main D. (1997) Lack of association of tyrosine hydroxylase genetic polymorphism with cigarette smoking. *Pharmacogenetics*, 7: 521-524.
- Lerman C., Caporaso N.E., Audrain J. (1999) Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychol*, 18: 14-20.

- López R., (1991). Adictos y adicciones una visión psicoanalítica. Monte Ávila Latinoamericana. Caracas Venezuela. 1° edición, págs. 11-21
- Madden P.A., Bucholz K.K., Dinwiddie S.H., Slutske W.S., Bierut L.J., Statham D.J., Dunne M.P., Martin N.G., and Heath A.C. (1997) Nicotine withdrawal in women. *Addiction*. 92: 889-902.
- Marlatt G., Curry S., Gordon J. (1988) A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56, 715-720.
- Matey P. Adicción: nicotina. (2004) Disponible en: www.el-mundo.es/salud/1997/259/01563.html
- Medina-Mora M.E., Rascón M.L., Tapia R., Mariño M., Juárez F., Villatoro J. (1992) Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr*, 3:48-55.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C. et al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment*, 26(4):1-16.
- Monti J. M. (1994) Farmacocinética y farmacología de la nicotina. En :*Medicina y Tabaquismo. Curso de actualización para graduados. Clínica Médica A. Prof.Dr.Milton Portos, Pág. 22-25.*
- Moreno A., Herrero G., Tabaquismo Programa para dejar de fumar, Ayuntamiento de Madrid Área de Salud Mental y Consumo 2 ed. Pág. 24-120.
- Murray C., López A. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*; 349:1498-1504.
- Nakajima M., Yamamoto T., Nunoya K-I. (1996) Role of human cytochrome P4502A6 in c-oxidation of nicotine Drug metab. *Dispos*, 24: 1212-1217.
- Nabeshima T., Itoh A., Kobayashi K. (1994) Effects of subacute administration of methamphetamine and nicotine on locomotor activity in transgenic mice expressing the human tyrosine hydroxylase gene. *J Neural Transm Gen Sect*, 97: 41-9.
- Nestler E.J., Aghajanian G.K. (1997) Molecular and cellular basis of addiction. *Science*, 278: 58-63.
- Nisell M., Nomikos G.C., Svensson T.H. (1995) Nicotine dependence, midbrain dopamine systems and psychiatry disorders. *Pharmacology and toxicology* 76: 157-162.

- Núñez (2001) Crecen problemas de salud mental en México. La Jornada. Disponible en www.jornada.unam.mx/2001/may01.
- OMS -World Health Organization-. (1997) Tobacco or Health: a global status report. Geneva: WHO.
- OMS -World Health Organization (2000) . La epidemia de tabaquismo. WHO.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Medidor.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1997) Tabaquismo una amenaza constante para la salud.
- Oscarson M., Gullsten H., Rautio A. (1998) Genotyping of human cytochrome P450 2A6 (CYP2A6), a nicotine C-oxidase. FEBS Lett, 438: 201-5.
- PAPPS (1999) Tabaquismo. Grupo de expertos de PAPPS. Recuperado de la página web:www.papps.org/prevención/estilodevida/p95/htm, 2000.
- Patton D, Barnes GE, Murray RP. A personality typology of smokers. Addict Behav. 1997;22:259-73.
- Patton G.C., Carlin J.B., Coffey C., Wolfe R., Hibbert M., Bowes G. (1998) Depression, Anxiety, and Smoking Initiation: A Prospective Study Over 3 Years. Am J Public Health; 88: 1518-1522.
- Pastor F., Vicéns S. (1998), Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco Unidad de Alcoholología, Adicciones Perú.
- Perancho I. (1996) Eficacia de los métodos para dejar de fumar. Disponible en: www.montefirrecentral.com
- Pianezza M.L., Sellers E.M., Tyndale R.F. (1998) Nicotine metabolism defect reduces smoking. Nature, 393: 750.
- Picciotto M., Brunzell D., Caladarone B. (2002) Effect of nicotine and nicotine receptors on anxiety and depression. Neuro Report; 13 (9): 1097-106.
- Pontieri F.E., Tanda G., Orzi F., Di Chiara G. (1996) Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. Nature, 382: 255-257.
- Prat G., Pinet M.C. (2001) Capacidad adictiva de la nicotina. Psiquiatría y Atención Primaria; sup 1: 5-8.

- Protección genética contra la adicción al tabaco. (2005) Disponible en: www.uv.es/~jagUILar/curioso/nicprot.html
- Puente, S. F. (1984) Entrevista de Sinto E. R. Rev Liber Addictus No. 2
Recuperado en: www.addictus.com/puentesilva02.htm
- Puente, S. F. (1986) Tabaquismo. Bolof Sanit Panam.
- Rhose J. E. (1996) Nicotine addiction and treatment. AnnRev.Med, 47: 493-507.
- Rioja, C.J. (1995) Programa de intervención al tabaquismo. Disponible en: www.riojainternet.com/CJR/Tabaco.htm
- Roca B. (1999) Trastornos del humor. Sociedad Española de Psiquiatría. España: Ed. Médica Panamericana: 657-664.
- Roca B. (2002) Trastornos de la Personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría. España 3 ed. Médica Panamericana: 657-664.
- Rosales N. J., Calero M. D. (1994) Tratamiento del tabaquismo. México: Interamericana McGraw Hill.
- Rubio M., Fabián S. (1995). Información básica sobre el Tabaquismo. S.S.A, México.
- Russell M., Jarvis M., Sutherland G. (1987) Nicotine replacement in smoking cessation: absorption of nicotine vapor from smoke-free cigarettes. JAMA
- Saarikoski S.T., Sata F. (2000) Husgafvel-Pursiainen K (CYP2D6 ultrarapid metabolizer genotype as a potential modifier of smoking behaviour. Pharmacogenetics, 10: 5-10.
- Salazar E., Zamorano L., López L., Estrada A., Lazcano E., y Hernández M. (2002) El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica cardíaca. Salud Pública México; 44 supl 1: s34-s43
- Sánchez, R. (2006) Fumamos con la cabeza. Disponible en: www.casapia.com/Paginacast/Paginas/Paginasdemenus/MenudeInformaciones/InformacionesArticulosVarios/RafaelSanchez/Este-Ano-Dejo-De-Fumar.htm
- Sandí-Esquivel, L., Díaz-Alvarado, A. (1995) Síntomas de Rebeldía, Depresión y Aislamiento Asociados al Consumo de Drogas en Adolescentes Costarricenses. Acta Pediátrica Costarricense; 9:99-102
- Santander J., Seijas D., Jiménez M. (1999) Tabaquismo y Comorbilidad Psiquiátrica. Departamento de Psiquiatría. Universidad Católica de Chile. Vol. XXIII

- Secretaría de Salud. (2001) Programa de acción: Tabaquismo. México.
- Secretaría de Salud (2002) Programa de Acción: Salud mental, depresión. México.
- Servicios de Salud Mental. Depresión. (2005) Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre.htm
- Shiffman, A. S. (1982) Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50; 71-86.
- Shiffman, S. (1986) A cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 11; 295-307.
- Sola V., B. (2006) Dependencia y tolerancia. Disponible en: www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adicciones/337513.html
- Spring B., Pingitore R., McChargue D.E. (2003) Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *Am J Psychiatry*; 160: 316-22.
- Stolerman I.P. (1991) Behavioral pharmacology of nicotine: multiple mechanisms. *B J Add*; 86: 533-536.
- Swan G.E., Carmelli D., Cardon L.R. (1996) The consumption of tobacco, alcohol, and coffee in caucasian male twins: a multivariate genetic analysis. *J Sub Abuse*; 8: 19-31.
- Tabaco. Conceptos básicos. (2004) Disponible en: www.chi.itesm.mx/onis/cigarro.html
- Tabaquismo (2006) Disponible en: www.zonadiet.com/salud/tabaco.htm
- Tovar-Guzmán V., Barquera S., López Antuñano F. (2002) Tendencias de mortalidad por cáncer atribuibles al tabaco en México. *Salud Pública de México*; 44, sup. 1, pp 20-28.
- Turgeon J. (1995) Debrisoquine metabolic ratio (DMR) Distribution differs among smokers and non-smokers. *Clin Pharmacol Ther*, 57: 150.
- Unzueta G. (2001) Estrategias para dejar de fumar: Análisis de efectos y componentes en la literatura especializada contemporánea. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Upadhyaya H., Deas D., Brady K., Kruesi M. (2002) Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41 (11): 1294-305.

- Valdés-Salgado R., Hernández M. Sepúlveda J. (2002) El consumo de tabaco en la Región Americana, elementos para un programa de acción. Salud Pública de México; 44(1).
- Vallejo, J. (1991) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat
- Vallejo, J. (2000a). Clasificación de los trastornos afectivos. En J. Vallejo & C. Gastó, eds., Trastornos afectivos: ansiedad y de depresión (pp. 192-216). Barcelona: Masson
- Vallejo J., Gastó, Gastó C., Cadoner N., Catalán R. (2002) Comorbilidad de los trastornos afectivos. España: Ars Médica Psiquiatría Editores.
- Villalba-Caloca J., Ramírez A., Sansores R. (2001) Costo de Atención Médica. CONADIC Informa, 15-16.
- Walton R., Johnstone E., Munafó M., Neville M., Griffiths S. (2001) Genetic clues to the molecular basis of tobacco addiction and progress towards personalized therapy. Trends Mol Med, 7: 70-76.
- West, H., Rosario P., Rojas A. (2003) Personalidad. Disponible en: www.media.eresmas.com/biblioteca/img/wanadooHome/logo_wanna.
- Wyser C., Bollinger C.T. (1997) Smoking-related disorders. In Bollinger C.T., Fagerstrom K.O. The tobacco epidemic. Prog Respir Res. Basel. Karger; 28:78-106.
- www.cnnespañol.com (2001).
- www.nicorette.com.mx (2004).
- Ziedonis D.M., Williams J.M. (2003) Management of smoking in people with psychiatric disorders. Curr Opin Psychiatry 16 (3): 305-315.

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

CARNET: _____ FECHA: _____

FOLIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ EDO. CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

FAMILIOGRAMA:

HISTORIA DE FUMADOR

EDAD DE INICIO _____ QUE LO MOTIVO:

CUANTOS FUMA: _____ MARCA: _____

MOTIVO POR EL QUE FUMA: Placer Relajación Imagen Necesidad
Activarse Ansiedad y tensión Depresión Desesperación

INTENTOS PREVIOS : _____ TIEMPO MAX. DE ABSTINENCIA:

MOTIVO DE LA RECAÍDA: _____

CUAL ES SU MOTIVO: Problemas de salud Se harto de fumar
(marque 1,2,3, en orden de Por voluntad propia Restricción en su trabajo o en otros lugares
importancia) Mejorar su calidad de vida Le causa problemas con la familia
Prescripción médica Salud
Costo del tabaco Otros

CONVIVE CON FUMADORES: Padre Pareja Amigos Hermanos
Madre Hijos Compañeros Familiares

CUANTAS COMIDAS HACE AL DÍA:

CONSUME :	Pescado	Verduras	Refresco	cantidad por día
	Carne de Res/ Puerco	Frutas	Café	cantidad por día
	Pollo	Legumbres	Té	cantidad por día
	Lácteos	Tortilla	Agua	cantidad por día
	Cereales	Pan	Alcohol	cantidad por día
			Drogas	cantidad por día

REALIZA EJERCICIO FÍSICO (SI) (NO) CUAL:

HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD QUE IMPLIQUE HOSTIPALIZACIÓN (SI) (NO) CUAL:

ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO (SI) (NO) POR QUE:

PRESENTA PROBLEMAS PARA DORMIR: (SI) (NO) CUALES:

TIENE ALGUNA MOLESTIA FÍSICA: (SI) (NO) CUAL:

ASISTE O ASISTIÓ A TRATAMIENTO: (PSICOLÓGICO) (PSIQUIÁTRICO) (NINGUNO)

DESDE CUANDO: _____ MOTIVO: _____

ANEXO 2

BDI

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Edo. Civil: _____
 No. de cig./día: _____ Marca de cigarros: _____ Años fumando: _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada inclusive el día de hoy. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. Yo no me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. En general no me siento descorazonado por el futuro.
 Me siento descorazonado por mi futuro.
 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. Yo no me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado mas que las personas en general.
 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
5. En realidad yo no me siento culpable.
 Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Yo no me siento que esté siendo castigado.
 Siento que podría ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que he sido castigado.
7. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
 Estoy desilusionado de mí mismo.
 Estoy disgustado conmigo mismo.
 Me odio.
8. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. Yo no tengo pensamientos suicidas.
 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
 Me gustaría suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. Yo no lloro mas de lo usual.
 Llora mas ahora de lo que solía hacerlo.
 Actualmente lloro todo el tiempo.

- Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
 Me enoja o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
12. Yo no he perdido el interés en la gente.
 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
 He perdido en gran medida el interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
13. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
 Pospongo tomar decisiones más que antes.
 Tengo mas dificultad en tomar decisiones que antes.
 Ya no puedo tomar decisiones.
14. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
 Creo que me veo feo (a).
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
 Requiero de mas esfuerzo para iniciar algo.
 Tengo que obligarme para hacer algo.
 Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. Puedo dormir tan bien como antes.
 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
 Me despierto una y o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver ha dormir.
17. Yo no me canso mas de lo habitual.
 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
 Con cualquier cosa que haga me canso.
 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito no es peor de lo habitual.
 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
 Mi apetito está muy mal ahora.
 No tengo apetito de nada.
19. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
 He perdido más de dos kilogramos.
 He perdido más de cinco kilogramos.
 He perdido más de ocho kilogramos.
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos si no
20. Yo no estoy mas preocupado de mi salud que antes.
 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 He perdido completamente el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 3

BAI

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Edo. Civil: _____

No. de cig./día: _____ Marca de cigarros: _____ Años fumando: _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy**, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

0= Poco o nada

1= Más o menos, no me molestaba mucho

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3= Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Entumecimiento, hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Debilitamiento de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que pase lo peo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensación de mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terror	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Manos temblorosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cuerpo tembloroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Indigestión, o malestar estomacal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ruborizarse, sonrojamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR

NOMBRE: _____

	3	2	1	
	MUY FRECUENTE	O CASI-NALMENTE	NUNCA	
SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA				
A. FUMO CIGARRILLOS PARA SENTIRME CON MAS ENERGÍA CUANDO TRABAJO.				1
B. EL TENER UN CIGARRO EN LA MANO ES PARTE DEL PLACER DE FUMÁRMELO.				2
C. EL FUMAR CIGARRILLOS ES AGRADABLE Y TRANQUILIZADOR.				3
D. CUANDO ME SIENTO ENOJADO POR ALGO FUMO PARA TRANQUILIZARME.				4
E. CUANDO ME HE QUEDADO SIN CIGARROS LO SIENTO CASI INSOPORTABLE HASTA QUE PUEDO OBTENER ALGUNOS MAS.				5
F. FUMO CIGARRILLOS AUTOMÁTICAMENTE, SIN DARME CUENTA DE REPENTE ESTOY FUMANDO.				6
G. FUMO CIGARROS PARA ANIMARME, PARA DARME ENERGÍA.				1
H. PARTE DEL GOCE DE FUMAR PROVIENE DE LO QUE TENGO QUE HACER PARA ENCENDER UN CIGARRO.				2
I. CUANDO ESTOY TRANQUILO ME GUSTA FUMAR.				3
J. SI ESTOY MOLESTO POR ALGO, ENCIENDO UN CIGARRO PARA QUE SE ME PASE.				4
K. CUANDO NO FUMO ME SIENTO MAL.				5
L. ENCIENDO UN CIGARRO SIN DARME CUENTA QUE TENGO OTRO ENCENDIDO EN EL CENICERO.				6
M. FUMO CIGARROS PARA ANIMARME.				1
N. CUANDO FUMO UN CIGARRO, PARTE DE MI PLACER ES VER EL HUMO QUE PRODUZCO.				2
O. MI DESEO DE FUMAR AUMENTA CUANDO ESTOY COMODO Y TRANQUILO.				3
P. FUMO CUANDO QUIERO OLVIDARME DE MIS PREOCUPACIONES.				4
Q. CUANDO NO HE FUMADO POR UN BUEN RATO SIENTO UNA NECESIDAD CASI INCONTROLABLE POR FUMAR UN CIGARRO.				5
R. ME HE ENCONTRADO CON QUE TENGO UN CIGARRO EN LA BOCA SIN QUE YO RECUERDE HABERLO PUESTO AHÍ.				6

1) Estímulo

2) Manipulación

3) Relajamiento

4) Reducción de tensión

5) Necesidad

6) Adicción

RESULTADO: _____