

Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual

Dr. Federico G. Puente Silva *
Psic. Mónica Balzaretto González **
Psic. Noemí H. de la Teja Calder **

Resumen

Se reportan los resultados obtenidos por medio de un programa educativo-conductual para el abandono del hábito de fumar. La muestra estuvo constituida por 170 pacientes que asistieron durante el año de 1982, a 23 grupos de la Clínica de Tabaquismo. Se reportan datos sociodemográficos, historia de tabaquismo personal y familiar, así como los resultados obtenidos con diversas técnicas de psicoterapia conductual que se utilizaron en forma combinada con un programa de educación para la salud.

Introducción

El presente trabajo reseña una de las investigaciones que se llevaron a cabo en la Clínica de Tabaquismo en México. Esta Clínica es el resultado de un convenio entre el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), y tiene entre sus objetivos el estudio del hábito de fumar, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista psicológico. Una de sus funciones es el diseño de programas terapéuticos que faciliten, sobre todo al fumador crónico y severo, el poder abandonar el hábito de fumar.

El hábito tabáquico constituye, de acuerdo a reportes de organismos internacionales, la causa principal de morbilidad que se puede prever en la sociedad moderna (1). Expertos nacionales y extranjeros continuamente expresan su preocupación por el problema del tabaquismo en los países en vías de desarrollo, ya que de no tomarse una serie de medidas inmediatas y estrictas, los daños sociales y de salud en sus poblaciones podrán alcanzar en breve tiempo la magnitud prevalente de los países desarrollados (2 y 3). La preocupación se fundamenta, entre otras cosas, en el hecho de que como resultado de las fuertes restricciones existentes en los países desarrollados sobre la venta, la publicidad, la distribución y los lugares donde es permitido fumar, las compañías tabacaleras transnacionales han concentrado su interés en los mercados de los países en vías de desarrollo. Este problema constituyó uno de los puntos sobresalientes de discusión en la Quinta Conferencia Mundial sobre Tabaco y Salud, de Winnipeg, Canadá,

* Jefe del Departamento de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Coordinador del Programa de Tabaquismo IMP/INER.

** Terapeuta-Investigador de la Clínica de Tabaquismo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Abstract

The results obtained from an educational-conductive programme to stop smoking are reported. The sample was formed by 170 patients who attended during 1982, to 23 groups of the *Clínica de Tabaquismo* (name given to the main project, i.e. "Tabaquical Clinic"). Sociodemographic information and personal and family history of tabaquism are reported as well as the results obtained through various techniques of conductive psychotherapy which were used in a combined way with a health educational programme.

en 1983 y del Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar", de México, en el mismo año.

Antecedentes

Durante los últimos 25 años se ha establecido en forma progresiva la estrecha relación que existe entre el hábito de fumar y los padecimientos crónicos tales como el cáncer broncogénico o el cáncer de otros órganos (laringe, esófago, páncreas y riñones), así como con las enfermedades degenerativas, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar, el infarto al miocardio y la oclusión vascular de los miembros inferiores (4).

Los padecimientos crónicos antes mencionados constituyen en la actualidad las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. En los países en vías de desarrollo, estos padecimientos también se encuentran ya entre las causas principales de morbimortalidad (5).

Lo antes mencionado solamente constituye un eslabón del problema, ya que en los últimos años ha habido constantes reportes acerca de la relación que existe entre el uso del tabaco y el aborto espontáneo, los partos prematuros y los productos de bajo peso (6, 7 y 8). Con respecto a estos últimos, sabemos que el riesgo de daño cerebral por anoxia es mucho mayor. Los hijos y esposas de fumadores también muestran padecimientos respiratorios, e inclusive cáncer, con mayor frecuencia que la población general. Han sido tema de interés los reportes recientes que sugieren que los no fumadores que se encuentran en lugares poco ventilados donde se fuma, presentan mayor riesgo de desarrollar padecimientos tromboembólicos que los propios fumadores (9).

La incapacidad o incluso la muerte prematura de un individuo debido al desarrollo de padecimientos

irreversibles, asociados al hábito de fumar, origina daños personales, familiares y sociales, que constituyen una de las áreas de mayor preocupación de la Organización Mundial de la Salud. Se ha considerado, por ejemplo, que en Inglaterra se pierden anualmente 50 millones de días laborales por padecimientos asociados al tabaco (10), y en Estados Unidos de Norteamérica el reporte oficial Koop indicó recientemente que en ese país se gastan 13,000 millones de dólares al año en atención médica por padecimientos asociados al hábito de fumar. En este país también se reporta que anualmente se pierden 25,000 millones de dólares por la baja producción y el ausentismo laboral asociados al consumo del cigarrillo (11).

Por lo que se refiere a los estudios realizados en México, en 1976, Rivero y cols. reportaron que iban en aumento padecimientos tales como la bronquitis crónica, el enfisema obstructivo y el cáncer broncogénico, por lo que cada vez se producían más muertes por esta causa (12). De acuerdo con lo anterior, se ha encontrado que en nuestro país, el consumo de tabaco ha aumentado en forma importante. En sólo 5 años (1975-1980) aumentó en 21,000 toneladas la producción nacional de tabaco de la cual el mayor porcentaje lo constituye el consumo nacional (13). Existen indicadores que nos hacen considerar que el consumo nacional podría incrementarse aún más como resultado del cierre a las importaciones de tabaco en los países desarrollados, ya que en éstos la prevalencia y la incidencia de fumadores tiende a disminuir y, por lo mismo, su producción satisface su demanda de tabaco.

Ha sido hasta en los últimos años cuando se reconoció que el hábito de fumar constituye una de las conductas adictivas más difíciles de abandonar. De acuerdo con diversas encuestas, el 50% de los fumadores desean dejar de fumar, pero no pueden, y alrededor del 50% de los exfumadores reinciden en los primeros seis meses. Se cuenta con diferentes hipótesis que intentan explicar cómo se establece esta conducta adictiva*. Una de estas hipótesis es la farmacológica que propone Russell (14), que aunque acepta que el individuo se inicia en el fumar principalmente por factores psicológicos y sociales, también considera que son las etapas subsecuentes las más importantes. Entre éstas estaría una segunda etapa, en la que el sujeto aprende a estimularse fumando, como resultado del efecto de la nicotina sobre el sistema nervioso. El mecanismo propuesto sería el de un reforzamiento positivo de tipo farmacológico.

Según Russell, la tercera etapa consiste en el desarrollo de la dependencia física del organismo a la nicotina y, por lo tanto, la presencia de un síndrome de abstinencia cuando el sujeto deja de fumar. Este síndrome ha sido claramente descrito en la última clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III) que incluye la presencia de irritabilidad, ansiedad, trastornos en la concentración y en la atención, inquietud, cefaleas

*PUENTE - SILVA F: Aspectos psíquicos del tabaquismo. Algunas consideraciones. Trabajo presentado en el Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar". México, D. F., octubre, 1983.

y trastornos gastrointestinales, además de un intenso deseo de fumar (15).

Una segunda hipótesis consistiría en explicar la adicción como el resultado del desarrollo de una dependencia psicológica en la cual el cigarrillo se integra a la estructura cognoscitiva del individuo como un elemento asociado a situaciones importantes y placenteras (16, 17 y 18). Dentro de éstas se encontraría el tabaquismo psicossocial; es decir, el tabaquismo asociado a una serie de valores tales como la seguridad, la confianza en sí mismo, la experiencia, el status, la anticipación a la vida adulta, la liberalidad, etc. También se encontraría el tabaquismo denominado sensorio-motor, en el que el sujeto aprende a obtener placer y a disfrutar las sensaciones y movimientos que acompañan al hábito de fumar. Igualmente se describe el tabaquismo por indulgencia, en el que el sujeto fuma en condiciones particulares y específicas para obtener placer y, por último, tendríamos el tabaquismo por relajación, en el cual, a pesar de que el efecto farmacológico que se obtiene es el opuesto, el sujeto aprende a relajarse a través de una serie de elementos ritualistas, asociados al acto de fumar.

Consideramos que estas dos hipótesis, lejos de ser incompatibles, resultan complementarias cuando se intenta explicar la compleja conducta tabáquica. Probablemente predomine uno de los dos mecanismos en cada sujeto en particular.

Resulta de gran relevancia el poder contar con estudios epidemiológicos sobre el hábito de fumar en países en vías de desarrollo, aunque desafortunadamente su producción ha sido escasa. La Organización Panamericana de la Salud llevó a cabo una encuesta en 1971, en ocho ciudades de América Latina. En México, la prevalencia del hábito de fumar fue del 28.7% para los hombres, y del 16% para las mujeres. Es decir, hay un 43.6% de fumadores entre los 15 y los 74 años de edad (19).

Por otra parte, Noriega Limón y cols. realizaron recientemente una encuesta sobre el hábito de fumar en siete centros hospitalarios de la ciudad de México. Se estudió una muestra de 495 médicos, de los que el 72% tenía menos de 40 años, el 85% era de sexo masculino y el 70%, casado. Alrededor del 75% había fumado en alguna ocasión durante su vida, pero sólo el 44% fumaba en la actualidad. Solamente el 11% fumaba 15 cigarrillos o más, y sólo el 18% llevaba 15 años o más fumando. El 50% había comenzado antes de los 20 años. El 56% había intentado dejar de fumar, pero sólo el 33% lo había logrado**. El poder obtener datos de este tipo en población abierta, sería de gran beneficio para establecer el perfil del fumador en nuestro país; el grado de magnitud del problema y, por lo tanto, el grado de efectividad de los programas preventivos.

** NORIEGA - LIMON J, PUENTE - SILVA F, DE LA GARZA J: Encuesta sobre el hábito de fumar en médicos de centros hospitalarios. Trabajo presentado en el Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar". México, D. F. octubre, 1983.

Metodología

La población estudiada estuvo constituida por 170 pacientes que voluntariamente solicitaron atención en la Clínica de Tabaquismo, para abandonar el hábito tabáquico.

Los pacientes acudieron a esta Clínica debido a la información que obtuvieron de otros pacientes y de los medios de comunicación masiva, o bien, por haber sido referidos por el Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Es por ello que esta muestra no es aleatoria. Se están llevando a cabo las acciones correspondientes para comparar los perfiles sociodemográficos y clínicos de esta población con otros grupos de pacientes.

Este grupo está formado por más del 90% del total de las personas que solicitaron atención y que llenaron los siguientes criterios de inclusión: a) edad entre los 20 y los 75 años; b) escolaridad, alfabetismo; c) ausencia de padecimientos orgánicos o psiquiátricos severos y d) historia de tabaquismo de 2 años como mínimo.

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron precodificados con el objeto de poder manejar mejor la información y evitar su pérdida.

Estos instrumentos fueron los siguientes: 1) cédula de datos sociodemográficos; 2) historia personal y familiar de tabaquismo; 3) cédula de control de adherencia terapéutica; 4) cédula de autoregistro de línea base; 5) cédula de autoregistro durante el tratamiento y 6) cédula de autoregistro del postratamiento o del seguimiento.

Durante el programa se distribuyó material informativo educativo impreso en relación al hábito de fumar y a las técnicas para el abandono del mismo.

El programa anual se dividió en dos partes. En la primera, que abarcó el primer semestre de 1982, el objetivo de la investigación fue comparar grupos que hubieran asistido a ocho sesiones con grupos que hubieran asistido a 12 sesiones, y comparar a los grupos de suspensión gradual contra los grupos de suspensión abrupta.

El programa de la Clínica de Tabaquismo considera tres áreas: la médica, la psicológica y la psiquiátrica. En la médica se hace una evaluación clínica: de laboratorio y de gabinete sobre el estado físico del paciente y, en particular, de su condición cardiorespiratoria. Los resultados de la misma se reportarán en otro artículo (20). El área psiquiátrica consiste en una evaluación del paciente para descartar algún padecimiento psiquiátrico (depresión, alcoholismo) que pudiera interferir con el programa terapéutico; y la psicológica, que incluye técnicas de psicoterapia conductual, como el método de la suspensión abrupta/suspensión gradual, las técnicas de autoregistro y autocontrol, las técnicas de relajación y las técnicas de modificación de condicionantes, así como las técnicas de psicoterapia, como serían las de dinámica de grupo. También se incluye dentro del programa un área educativa, en la que se le da al sujeto información clara y precisa acerca de los aspectos psicológicos y médicos relacionados con el hábito de fumar.

Cabe mencionar que como resultado de la expe-

riencia obtenida durante el segundo semestre de 1982, en la que se demostró la superioridad de la técnica de suspensión abrupta sobre la de suspensión gradual, se acordó utilizar la primera en nuestro programa. Igualmente, al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los programas de 12 y 8 sesiones, ahora se utiliza este último en nuestro programa*.

Procedimiento

A las personas interesadas en participar en el programa se les hace una entrevista de evaluación por un psicólogo terapeuta de la Clínica. Una vez que el paciente llena los requisitos de inclusión, se le integra a uno de los grupos del programa (cada grupo consta de 6 a 10 pacientes).

Los programas constan de ocho sesiones de hora y media cada una, dos veces a la semana. Durante las sesiones se les entrena en el uso de diferentes técnicas con el objeto de que abandonen su hábito de fumar. Una vez terminado el programa se aplica un sistema de seguimiento. Originalmente se citaba a los pacientes en cuatro ocasiones, pero posteriormente encontramos que al aumentar a seis el número de seguimientos, se logra disminuir la reincidencia en el hábito de fumar. De esta manera se formaron 23 grupos durante 1982.

Resultados

La población estuvo constituida por 170 pacientes, de los cuales el 33% se encontraba entre los 20 y los 39 años, y el 24%, entre los 50 y los 59 años de edad. El 54% de los pacientes pertenecía al sexo masculino y el 46%, al femenino.

TABLA 1

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
20 - 29	15	16	18	23	33	19
30 - 39	27	29	29	38	56	33
40 - 49	18	20	10	13	28	16
50 - 59	22	23	18	23	40	24
60 ó más	11	12	2	3	13	8
TOTAL	93	100	77	100	170	100

TABLA 2

ENERO - DICIEMBRE 1982

SEXO / EDAD A LA QUE EMPEZO A FUMAR
/ CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS

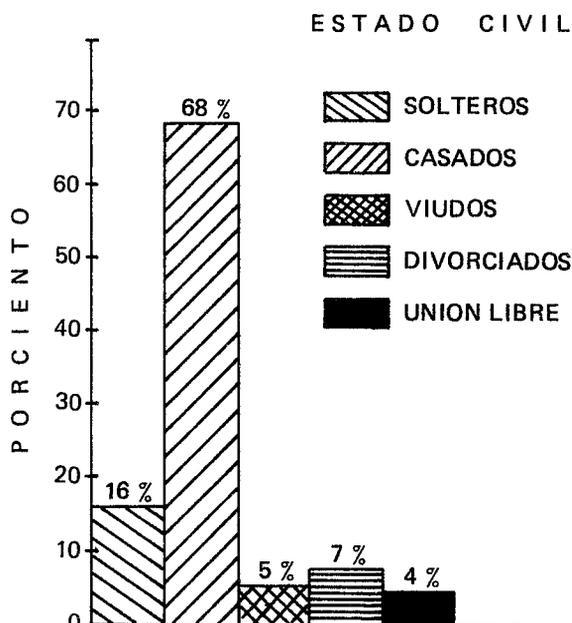
SEXO	N	%	EDAD A LA EMPEZARON A FUMAR *	CONSUMO DE CIGARRILLOS AL DIA*
MASCULINO	91	54	16	30
FEMENINO	79	46	19	23
TOTAL	170	100	17.5	26.5

* PROMEDIO

*PUENTE - SILVA F, BALZARETTI M, DE LA TEJA N: Experiencia de la Clínica de Tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual. Reporte interno IMP/INER, 1983.

Por lo que se refiere al estado civil, 68% era casado, 16% soltero y el 16% restante se distribuyó, con porcentajes inferiores al 10% entre viudos, divorciados y personas en unión libre.

GRAFICA 1
ENERO – DICIEMBRE 1982



El 35% de la población laboraba como profesionista, el 25% era de amas de casa y el 22%, de empleados administrativos. El 44% tenía escolaridad de universidad y el 23%, de secundaria.

TABLA 3
ENERO – DICIEMBRE 1982

**OCUPACION / CONSUMO DE CIGARRILLOS
AL INICIAR EL TRATAMIENTO**

OCUPACION	N	%	PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS AL DIA
PROFESIONAL	59	35	30
EMPLEADO ADMINISTRATIVO	38	22	28
OBrero NO CALIFICADO	22	13	28
DESOCUPADO	3	2	29
HOGAR	43	25	23
ESTUDIANTE	5	3	29
TOTAL	170	100	28

La edad promedio que se reportó como aquella en la que iniciaban el hábito tabáquico, fue de 16 años en el sexo masculino, y de 19 en el sexo femenino. La historia de tabaquismo familiar mostró que un 64% de los hermanos de los fumadores tienen el mismo hábito.

El número promedio de cigarrillos que reportaron fumar al día, fue de 30 en el caso del sexo masculino, y de 23 en el femenino. Se encontró que los pacientes con escolaridad de secundaria fumaban, en promedio, 35 cigarrillos al día, y los universitarios, 30.

El 57% de la población intentó dejar de fumar alguna vez; de este porcentaje, el 31% lo había intentado en dos o más ocasiones; y el 31% reincidió por causas psicológicas de importancia.

TABLA 4
ENERO – DICIEMBRE 1982

NUMERO DE INTENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

No. INTENTOS	N	%
0	73	43
1	45	26
2	20	12
3	14	8,5
4 ó más	18	10,5
TOTAL	170	100

En el primer semestre se encontró dentro del reporte inicial, que el número promedio de cigarrillos que consumían diariamente los pacientes era de 27.9. Este se redujo a 16.2 durante la línea base, y llegó a 2.8 en la sesión final. En el primer seguimiento se reportó la cifra de 4.2, que aumentó a 7.9 en el cuarto seguimiento.

Durante el 2º semestre, el reporte inicial indicó que el número promedio de cigarrillos que se consumió diariamente fue de 27.5; la línea base fue de 12.2 y el promedio al finalizar el tratamiento, de 2.3. Al primer seguimiento el consumo se redujo a un promedio de 1.9 y al sexto y último seguimiento, a 2.1.

La asistencia durante el primer semestre fue como sigue: A la primera sesión asistió el 91.5%, y a la última, el 68.1%. Durante el primer seguimiento la asistencia se incrementó a 75.5%, para reducirse a 57.1% en el último seguimiento.

Durante el segundo semestre, la asistencia a la sesión inicial fue de 96.1%, y se redujo gradualmente hasta llegar a 65.8% en la sesión final. Al primer seguimiento asistió el 76.3%, y disminuyó hasta el 28.9% en el sexto seguimiento.

Durante el primer semestre, de 94 personas que iniciaron el tratamiento, 44 dejaron completamente de fumar (46.8%), aunque el total de la población redujo su consumo diario de cigarrillos hasta en un 90%. El 19% de la población desertó antes de finalizar el tratamiento.

Al finalizar el segundo semestre de tratamiento, había dejado de fumar completamente el 64.5% de la población. Si se excluyen los pacientes de uno de los terapeutas, quien por fallas técnicas no logró el objetivo esperado, el porcentaje aumenta a 81.5%. El número de cigarrillos consumidos diariamente se redujo en un 91.7%. Desertó el 9.2%.

Discusión

La experiencia y los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo reportado en otros países. Durante el año de 1982 asistieron 184 fumadores a la Clínica de Tabaquismo con el objeto de obtener información acerca de los servicios que se ofrecían. De estos 184, 170 decidieron ingresar al programa terapéutico, es decir, más del 90%. De estos 170, 129 lograron concluir el tratamiento y, de éstos, 93 dejaron por completo el hábito tabáquico. Esto quiere decir que de los pacientes que finalizaron el programa, más del 70% cumplió la meta propuesta, que era el abandono del hábito tabáquico.

Una de las experiencias más interesantes del estudio fue el comprobar la importancia que tienen los seguimientos postratamiento. Originalmente se utilizaban sólo como control epidemiológico, pero la experiencia nos mostró que al igual que en otros estudios, estos seguimientos tienen una función terapéutica y pueden reforzar y asegurar eficientemente las metas alcanzadas, es decir, mantener la abstinencia del hábito tabáquico. En la actualidad los seguimientos forman parte del programa terapéutico y hemos observado que un número de seis seguimientos es más efectivo.

Por lo que se refiere al sexo de la población consultante, no existieron diferencias significativas, lo que podría deberse al hecho de que la Clínica funciona

TABLA 5

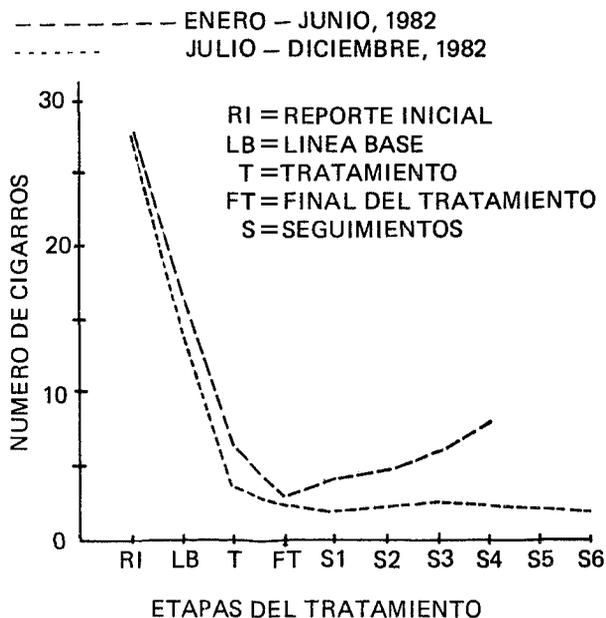
	ESTUDIO PILOTO AGOSTO – DIC. 1981 N=31	1o. SEM. 1982 ENERO–JUNIO N=94	2o. SEM. 1982 JULIO – DIC. N=76*
PACIENTES QUE DEJARON DE FUMAR AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO	55 %	46.8 %	80 %
PROMEDIO DE CIGARROS FUMADOS POR PERSONA AL INICIAR EL TRATAMIENTO	24.7 %	27.9 %	27.5 %
PROMEDIO DE CIGARROS FUMADOS POR PERSONA AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO		2.8 %	2.3 %
PORCENTAJE DE REDUCCION DEL CONSUMO DE CIGARROS AL FINALIZAR LA TERAPIA		90 %	91.7 %

* SE EXCLUYERON LOS 21 PACIENTES DEL TERAPEUTA 1 POR FALLAS EN SU TRATAMIENTO.

Quisiéramos hacer la aclaración de que hubo algunas diferencias importantes entre el primero y el segundo semestre de 1982, ya que en este último, el nivel de efectividad se incrementó hasta un 80% (Tabla 5). También es importante mencionar que en aquellos pacientes que no dejaron de fumar al finalizar el programa, se logró una reducción de alrededor del 90% del número de cigarrillos que fumaban al día. Es decir, de alrededor de 28 cigarrillos que fumaban al día, se logró que fumaran un poco más de dos. Este resultado no es tan satisfactorio como pudiera considerarse, ya que la evidencia reportada en otros estudios, al igual que la nuestra, es que estas personas, sobre todo en los estados de estrés, pueden reincidir fácilmente en su severa conducción tabáquica.

Como ya se informó, fue posible comprobar que no existían diferencias significativas en la efectividad de los programas de ocho sesiones comparados con los de doce sesiones, por lo cual, se prefirió utilizar los primeros. También se comprobó en los estudios comparativos entre las técnicas de suspensión abrupta vs. suspensión gradual, que con la primera se obtenían mejores resultados. Esto nos llevó a utilizar programas de ocho sesiones en los que la técnica que se empleó fue la de suspensión abrupta.

GRAFICA 2
PROMEDIO DIARIO DE CIGARRILLOS EN
CADA ETAPA DEL TRATAMIENTO



solamente dentro del turno matutino, y esto limita la asistencia de la población masculina. Por lo tanto, se debería tratar que estas clínicas ofrecieran sus servicios también en el turno vespertino. Inclusive se podría considerar la posibilidad de diseñar programas de una sesión semanal, que podría efectuarse los sábados, para facilitarle a la población trabajadora el uso de estos servicios.

Por lo que se refiere a la edad, lamentablemente se encontró, como en otros estudios, que la mayor parte de la población afectada se encontraba en edad productiva. Cerca del 70% de nuestros pacientes se encontraba entre los 20 y los 49 años de edad. Este es un factor de gran importancia, ya que en los casos en que se presentan algunos de los padecimientos asociados al hábito tabáquico, como son la bronquitis crónica, la isquemia del miocardio, la arterioesclerosis, el enfisema pulmonar y las neoplasias, las pérdidas personales, familiares y sociales son de una gran trascendencia.

Por lo que se refiere al estado civil, cerca del 70 % estaba casado. Esto coincide con lo reportado en otros estudios y es muy importante debido a que las parejas de fumadores tienen un alto porcentaje de probabilidades de desarrollar diversos padecimientos, entre ellos el cáncer (11). Lo mismo ocurre con los hijos de fumadores, quienes muestran un mayor riesgo de desarrollar padecimientos respiratorios al convivir con padres fumadores, además de tener 100 % más probabilidades de ser fumadores en la vida adulta que el resto de la población. Ahora bien, también es cierto que cuando el fumador casado abandona su hábito, es probable que su pareja también lo haga.

En nuestra muestra se encontró que la gran mayoría de nuestros pacientes había iniciado su hábito tabáquico alrededor de la adolescencia. Esto nos lleva a pensar que se requieren programas preventivos específicamente diseñados para este grupo de la población. Todo el esfuerzo que se haga en esta área estará ampliamente justificado, ya que produciría un beneficio importante a mediano y a largo plazo en la población.

Hay dos hallazgos que consideramos de importancia: el primero, que el 60 % de nuestra población se encontraba constituida por universitarios y personas que habían terminado la preparatoria o más. El segundo hallazgo de importancia fue que el 35 % era de profesionistas. Este hallazgo coincide con lo que se ha encontrado a nivel internacional, pues se reporta que son las clases profesionistas las que habitualmente se benefician primero de los conocimientos de la tecnología y de la medicina (21).

Uno de los hallazgos obtenidos, que también concuerda con lo reportado en estudios de Estados Unidos, es el alto porcentaje de personas que desean dejar de fumar y no pueden. En nuestra muestra, cerca del 60 % había intentado dejar de fumar sin lograrlo. De este porcentaje, cerca de una tercera parte lo había intentado dos o más veces. Cuando se investigó la historia de tabaquismo familiar, se encontró que una tercera parte de los integrantes de la muestra tenían varios familiares fumadores entre sus parientes de primer grado. Cuando se habló específicamente de los hermanos, la proporción subió a cerca de las dos terceras partes. Esta

situación nos plantea lo mismo que cuando se trata de la variable "estado civil: casado". Por una parte el sujeto muestra un mayor grado de dificultad para abandonar su hábito tabáquico, pero por otra parte, si logra abandonarlo, puede influir más fácilmente en el resto de su familia.

Se encontró que la práctica del ejercicio físico o del deporte disminuía francamente en los fumadores, pues alrededor de tres cuartas partes de ellos no practicaban ninguno (tabla 6). Es de gran importancia recomendarles que practiquen el ejercicio físico, pues este es incompatible hasta cierto punto, con el hábito de fumar. Además de reconocer que es beneficio para la condición física del sujeto, recientemente se ha encontrado que puede producir un efecto relajante e, inclusive, antidepressivo. También quisiéramos insistir en el efecto cognitivo que el deporte puede tener en el sujeto, es decir, sería recomendable que el individuo desarrollara una percepción de sí mismo, y de sí mismo con relación al mundo, que lo encaminara hacia un estilo de vida positivo y que le evitara seguir conductas adictivas innecesarias.

TABLA 6

ENERO – DICIEMBRE, 1982

FUMADORES QUE PRACTICAN ALGUN DEPORTE POR LO MENOS DOS HORAS A LA SEMANA

S E X O	N	%	PRACTICAN DEPORTE	
			SI	NO
MASCULINO	91	54	SI	23 %
			NO	77 %
FEMENINO	79	46	SI	28 %
			NO	72 %
TOTAL	170	100		

Por último, quisiéramos mencionar que en una tercera parte de la muestra, los factores psicológicos (ansiedad-depresión; hábito-dependencia) fueron los motivos principales por los cuales los pacientes explicaban su reincidencia en el hábito de fumar. Esto dio como resultado que se investigara más en esta área. Los resultados se reportarán en otro trabajo (22).

BIBLIOGRAFIA

1. MAHLER H: World Health Day, 1980. Smoking or Health. The choice is yours. *Nurs J India*, 71 (4): 90, abril de 1980.
2. ORDÓÑEZ B: Repercusiones patológicas del tabaquismo. *Actualidades Médicas*, 74-85, octubre de 1983.
3. MC GINNIS J M: International view of smoking. Trabajo presentado en el *Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar"*. México, D.F. octubre, 1983.
4. MC GINNIS J M: The health consequences of smoking. Trabajo presentado en el *Taller Internacional "La Salud y el Control del Hábito de Fumar"*. México, D.F. octubre, 1983.
5. Aspectos demográficos. Capítulo III. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1975-1976* (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979).
6. MURPHY J F, DRUMM J E, MULCAHY R, DALY L: The effect of maternal cigarette smoking on fetal birth weight and on growth of the fetal biparetal diameter. *British J Obstetrics and Gynaecology*, 87: 462-466, 1980.
7. EVERSON R B: Individuals transplacentally exposed to maternal smoking may be at increased cancer risk in adult life. *Lancet*, 2 (8186): 123-127, 1980.
8. HIMMELBERGER D U, WMBROWN B Jr, COHEN E N: Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality. *Am J Epidemiol*, 108 (6): 470-479, 1978.
9. SINZINGER H: Los riesgos del tabaco para los no fumadores. *International Health Magazine*, (1) enero, 1983.
10. Royal College of Physicians of London. Smoking or health. *Third report from the Royal College of Physicians of London*. London Pittman Medical 1977.
11. KOOP E C: The health consequences of smoking. Cancer. *A report of a surgeon general*. Department of Health and Human Services, U.S., 1982.
12. RIVERO S O, CANO V F, RABAGO J, VERA E, FERNANDEZ B P: Tabaquismo en México. *Neumol Cir Tórax Mex*, 37 (4): 181-187, 1976.
13. Comportamiento de la producción nacional y consumo del tabaco 1975-1980. *Ecotecnía Agrícola*. Volumen V. No. 6: 7-23, junio de 1982. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos.
14. RUSSELL M A, PELO J, PATEL U A: The classification of smoking by factorial structure of motives. *J R Statist Soc*, A 137, 3a. parte, p. 313. Londres, 1974.
15. DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 159-161, 1980. Third Edition. *American Psychiatric Association*.
16. MERBAUM M: Cognitive self-control factors in reduction of smoking behavior. *Behavior Therapy* 9: 553-561, 1978.
17. LANDO H A: A factorial analysis of preparation, aversion, and maintenance in the elimination of smoking. *Addictive Behaviors*. 7: 143-154, 1982.
18. BANDURA A, WALTERS R: *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1963.
19. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. *Organización Panamericana de la Salud*. Oficina Regional de la OMS. Washington, D.C., 1977.
20. RUBIO H, AGUIRRE J A, PUENTE-SILVA F: Clínica de Tabaquismo INER/IMP. Aspectos médicos de la población consultante en 1982. *Rev. de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (En prensa)*.
21. Stages in the process of adopting an innovation. Unit 36. En: *The population explosion - an interdisciplinary approach*. The Open University Press, Londres, Inglaterra 1973.
22. PUENTE-SILVA F, DE LA TEJA N, OÑATE R G, RUBIO H: Estructura de personalidad y tipos de motivación en el hábito tabáquico en pacientes asistentes a la Clínica de Tabaquismo. (Publicación en preparación).