

Características psicosociales de los tabaquistas que solicitan tratamiento, según su sexo y su patrón de consumo*

Ma. del Carmen Gavito de la Torre**
Héctor A. Ortega-Soto***
Carmen Gutiérrez de Velasco C.**
Roxanna Aguirre T.**

Summary

Smoking is an important problem of public health all over the world. Although it is not yet recognized as so in many countries, its relationship with many severe diseases, such as pulmonary neoplasias, emphysema and cardiovascular illness is clear. The expenses resulting from this habit are distributed in several areas, from public welfare to daily productivity.

The World Health Organization, as well as some governments, are extremely preoccupied with the management of this problem. Many actions have been adopted to cope with the effects of smoking, from preventive to rehabilitative treatments, which are now available at many health centers in many nations. However, today the strongest efforts are directed toward the implementation of effective smoking cessation programs.

It is well known that to quit smoking is difficult and that long term recidivances are frequent. There are evidences indicating significant differences between smokers and non-smokers, between "heavy" and "light" smokers, and between female and male smokers. For instance, some authors report that males have a greater probability of success than females in quitting smoking. Others have observed that some psychological dimensions, such as "neuroticism" in Eysenck's Personality model, differs between smokers and non smokers. More recently it has been shown that "heavy" and "light" smokers have physical and psychological particularities that may be relevant for the help they need to quit.

This paper compares some psychosocial characteristics of a group of heavy smokers (n = 74) with those of a group of light smokers (n = 65) who asked for treatment to quit smoking at the National Institute of Respiratory Disorders in Mexico City; the effect of sex and the interaction between sex and the group of smokers to which the subject belongs, were evaluated. At the beginning of the treatment, the Eysenck's Personality Questionnaire, an inventory of motives for smoking, and a general questionnaire regarding social and smoking related variables were applied to all the patients. All the information was extracted from the patients' records previous to their classification as "heavy" or "light" smokers.

Comparisons were performed by a two way analysis of variance and "t" test with Bonferroni's correction or by chi square when appropriate.

Heavy smokers initiated earlier their habit than did light smokers; females were older than males when they began to smoke. Women referred that they obtain more relax by smoking than men when they are under stress; in contrast, men with a heavy tobacco consumption reported obtaining higher levels of pleasure when smoking during social activities, more severe physical symptoms of nicotine dependence, and to be more influenced by the habit in the maintenance of their smoking behavior than women.

In contrast to the expected findings, female heavy smokers obtained similar scores in the "lie" subscale of Eysenck's Personality Questionnaire to those reached by males; there were no differences in "neuroticism" scores, neither between sexes nor between heavy and light smokers.

Finally, heavy smokers consumed more nicotine chewing gum than light smokers, and women tended to use it less than males.

In summary, our findings indicate that the sex and the amount of cigarettes consumed per day are associated with different psychosocial characteristics of the smokers who seek for a structured treatment to help them quit. Thus, these seem to be variables that should be taken into account when planning a treatment to suppress smoking behavior.

Resumen

El tabaquismo es un problema de salud pública en todo el mundo. Se postula que identificar los correlatos psicosociales de los diferentes patrones de consumo de tabaco permitirá mejorar las alternativas de tratamiento para el hábito e implementar programas preventivos más eficientes. Se menciona que el tabaquista femenino difiere del masculino, y que los sujetos que fuman excesivamente ("pesados") (FP) poseen características distintas de las de los que fuman poco ("ligeros") (FL).

Este estudio se llevó a cabo con el fin de explorar la interacción entre el sexo y el patrón de consumo de cigarrillos en los pacientes que deciden abandonar este hábito.

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes que fueron aceptados para tratamiento en la Clínica de Tabaquismo del INER durante el segundo semestre de 1987. Como rutina del servicio se les aplica un cuestionario sobre sus motivos para fumar, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, y un cuestionario sobre sus datos personales y su hábito tabáquico. Con los datos obtenidos mediante estos instrumentos se clasificó a posteriori, a los sujetos como fumadores "pesados" (FP > 20 cigarrillos/día) y fumadores "ligeros" (FL < 20 cigarrillos/día). Veintisiete hombres y 37 mujeres se clasificaron como FP.

* Presentado, en parte, en el XI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Morelia, Mich., 1989.

** Clínica de Tabaquismo, Departamento de Rehabilitación Respiratoria, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

*** Coordinación de Investigación, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM; y División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Toda correspondencia relacionada con este documento, favor de dirigirla a: Dr. Héctor A. Ortega Soto, División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

Entre las diferencias encontradas destacan: Los FP se inician en el hábito a menor edad, especialmente los hombres; los hombres que son FP, pero no las mujeres, dicen utilizar con frecuencia el cigarrillo para esparcimiento; pero por lo que refieren las mujeres que son FP, ellas consiguen reducir más la tensión que el resto de los grupos; los FP le asignan mayor fuerza que los FL a la costumbre y a la necesidad, en el mantenimiento del hábito, especialmente los hombres. En contra de lo que se esperaba, las mujeres que son FP obtuvieron puntajes semejantes a los de los hombres en la escala de deseabilidad social, en tanto que las que son FL presentaron los puntajes más altos. Como ya se suponía, los FP utilizan con mayor frecuencia el chicle de nicotina, que los FL, sin embargo, las mujeres tienden a usarlo menos.

Nuestros resultados apoyan la idea de que el patrón de consumo de tabaco y el sexo del sujeto, se asocian con características psicosociales que pueden ser importantes para el manejo eficaz del hábito tabáquico.

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública en todo el mundo. Su relación con enfermedades incapacitantes, y aun con la muerte, se ha demostrado reiteradamente (2, 6, 8, 10, 14, 18, 21). Por ejemplo, se estima que como consecuencia del uso del cigarrillo, en la Unión Americana mueren de 270,000 a 485,000 personas anualmente (2, 14, 23). Además, cada año se gastan alrededor de 22 mil millones de dólares en la atención médica de las personas que tienen enfermedades relacionadas con el tabaquismo; más aún, se pierden cerca de cuarenta y tres mil millones de dólares anuales en la productividad por la misma razón (14, 23).

En una de sus reuniones en Ginebra, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un urgente llamado a sus miembros para que le dediquen atención a este alarmante problema y recomendó la planeación y puesta en marcha de estrategias para combatir el tabaquismo en los países en vías de desarrollo (18).

La Encuesta Nacional de Salud, recientemente realizada por la Secretaría de Salud, indica que, en México, la prevalencia de fumadores es del 17.5% entre la población mayor de 12 años de edad, es decir, que existen aproximadamente nueve millones y medio de fumadores (21). Aunque la encuesta no aporta datos al respecto, es de suponerse que las repercusiones del hábito tabáquico en los ámbitos social, económico, político y de la salud serán, si es que no lo son ya, de consideración.

En muchos países del mundo ya se están llevando a cabo múltiples acciones encaminadas a disminuir lo más pronto posible el índice de tabaquismo. Los frentes de acción van desde el estrictamente médico hasta el legislativo (2, 8, 10, 18). En el terreno de la salud, las medidas abarcan desde la prevención de la adquisición del hábito hasta la rehabilitación del fumador crónico. Debe reconocerse, sin embargo, que en este momento, el punto de mayor interés es el que se refiere a los métodos y técnicas que permitan al fumador suprimir este hábito de manera eficaz. Todos sabemos lo difícil que es abandonar el hábito de fumar tabaco. El porqué de este hecho no ha sido totalmente esclarecido. La dependencia física a la nicotina, y el consecuente síndrome de supresión que implica el dejar de fumar, de ninguna manera es el factor más

importante, puesto que la administración de nicotina por vía oral no asegura el abandono del hábito (10). Además, gran parte de la información obtenida hasta el momento sugiere que es más fácil dejar de fumar que mantenerse sin hacerlo. En otras palabras, es fácil obtener éxito a corto plazo con los tratamientos orientados a suprimir el cigarrillo, pero a mediano y largo plazo, el índice de reincidencia es extremadamente alto (10, 14).

La magnitud del problema seguramente es mayor de lo que suponemos, ya que frecuentemente se informa que el fumador que participa en un programa para suprimir el hábito, le dice al terapeuta lo que quiere oír, un alto porcentaje de los pacientes que le aseguran a su terapeuta que no han fumado, tienen indicadores bioquímicos que indican lo contrario (5). Sin embargo, esto no es una regla inexorable, varios autores proponen que, como sucede con otros trastornos y medidas terapéuticas, existen características individuales que interaccionan de manera particular con el hábito tabáquico (1, 13, 15, 16, 17, 26). Por ello, es necesario identificarlas para diseñar programas terapéuticos que tengan mayores probabilidades de éxito. Para esto se requiere determinar si es posible delimitar grupos homogéneos de fumadores. En este sentido, McGinnis y cols., en una excelente revisión de la bibliografía (14), concluyen que el sexo marca diferencias importantes entre los fumadores. Por ejemplo, mientras que en los hombres la tasa de prevalencia del hábito se ha mantenido constante en los últimos años, en las mujeres ésta se ha incrementado significativamente. En su análisis de las medidas terapéuticas, los autores observaron que el varón responde mejor a éstas y que, independientemente de si se recibe o no tratamiento, las mujeres tienen menos probabilidades de abandonar el hábito que los hombres. En cuanto a los aspectos psicológicos, el mismo grupo (14) encontró que es común que las fumadoras obtengan calificaciones más altas en la subescala de "neuroticismo", del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE;3), que los fumadores, lo que indica que tienen un mayor grado de rasgos ansioso-depresivos.

También se ha reportado (11) que los sujetos que fuman pocos cigarrillos al día poseen características físicas y psicológicas distintas de las de aquéllos que fuman más de 25 cigarrillos diarios. Síntomas como la ansiedad, la depresión y la ira son más intensos en el fumador "pesado" (FP) que en el fumador "ligero" (FL), en tanto que su respuesta a los estímulos sociales es menor. Parece que el FP depende más de los estímulos endógenos y vive más intensamente sus emociones.

Estos datos subrayan la necesidad de estudiar más detalladamente a la población tabaquista, de manera que puedan diseñarse programas terapéuticos más adecuados a las características de los subgrupos de fumadores que sea posible delimitar. Esta estrategia seguramente redundaría en un mayor éxito a largo plazo -que es el verdaderamente importante- que el que se obtiene hasta la fecha con las múltiples maniobras terapéuticas administradas indiscriminadamente.

Bajo estas premisas, en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

(INER) se realizó un estudio retrospectivo con el objeto de explorar si hay interacción entre algunas variables psicosociales, el patrón de consumo de tabaco y el sexo, en los pacientes que acuden a solicitar ayuda para dejar de fumar.

Material y método

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes que fueron aceptados para tratamiento en la Clínica de Tabaquismo del INER, durante el segundo semestre de 1987 (los principales criterios de exclusión eran: trastorno psiquiátrico grave, analfabetismo y una edad inferior a los 16 años). De cada expediente se extrajeron los datos psicosociales y del hábito tabáquico que habitualmente se obtienen en el servicio mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y dos cuestionarios autoaplicables: uno acerca de los motivos que cree tener el paciente para continuar con el hábito y las características de éste (20), y el otro, el CPE (3), en una versión traducida al español. También, se reunieron datos acerca de la evolución del tratamiento, tales como el número de asistencias durante éste y la cantidad de chicles de nicotina utilizados. Posteriormente, se clasificaron como FP a los sujetos que dijeron que habían fumado diariamente, en promedio, veinte o más cigarrillos durante el último año; y como FL si dicho promedio era inferior a 20 cigarrillos por día. Veintisiete hombres y 37 mujeres se clasificaron como FL; 38 hombres y 36 mujeres como FP.

El análisis estadístico se realizó utilizando un modelo factorial de 2×2 , en el que se fijó el nivel de alfa en 0.05. Para el contraste de las medias de las variables ordinales o continuas, se usó un análisis de varianza de dos vías; para las comparaciones múltiples se utilizó la prueba "t" de Student con corrección de Bonferroni, a fin de mantener el nivel de alfa en 0.05 (24). Para el contraste de proporciones de las variables nominales, se usó la prueba χ^2 cuadrada. Cuando fue pertinente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Para efectos del procedimiento estadístico, se consideraron como variables independientes el sexo y el grupo de fumadores; y, como dependientes, las calificaciones de las diferentes escalas de evaluación. Sin embargo, debe aclararse que desde el punto

de vista clínico, únicamente se pretendió explorar si las variables "sexo y patrón de consumo" marcan diferencias en el resto de las variables; es decir, no se hipotetiza una relación causal entre las variables independientes y dependientes.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características clínicas de los pacientes estudiados: Evidentemente, los FP consumían más cigarrillos que los FL [$F(1,134) = 169.5$ $p < 0.00001$]. Llama la atención que no haya diferencias entre los sexos ($F < 1$). Se observa que la proporción de individuos del sexo femenino es discretamente superior en ambos grupos de fumadores -en el de FP y en el de FL- aunque no es significativamente mayor que la proporción de varones. Tampoco en la edad ni en los antecedentes familiares de tabaquismo (AFT) se encontró que influyera significativamente el sexo del paciente ni el patrón de consumo. Los FL inician su consumo de tabaco a mayor edad [$F(1,134) = 9.58$, $p = 0.0028$], especialmente las mujeres [$F(1,134) = 10.33$, $p = 0.0021$]; el proceso de comparaciones múltiples indica que son las FL quienes comienzan más tardíamente ($p < 0.05$ vs. resto de los grupos, "t" no pareada con corrección de Bonferroni).

Alrededor del 60% de los individuos de cada grupo, había intentado dejar el tabaco por lo menos en una ocasión. El motivo de reincidencia se consideró como secundario al malestar psíquico en cerca del 20% de los sujetos, en todos los grupos, y como secundario a la costumbre, en una proporción similar (tabla 2). Entre el 50 y el 60% de los sujetos que recibieron el tratamiento, independientemente de su sexo y de la cantidad de cigarrillos que hubieran fumado, reportaron que su consumo había permanecido constante durante el último año; entre el 30 y el 45% consideraron que se incrementó y muy pocos pacientes dijeron haberlo disminuido (tabla 2).

En cuanto a los motivos para fumar expresados por los pacientes (tabla 3), se observaron diferencias significativas entre los FP y los FL en las subescalas de relajación (RELAJ), necesidad (NECES) y hábito ($p < 0.01$ en las tres); en éstas, los FL mostraron puntajes inferiores a los observados en los FP. Curiosa-

TABLA 1
Características clínicas de fumadores "pesados" y "ligeros" que solicitan tratamiento

| Tipo de fumador | Sexo | n(%) | Edad (años) | Cigarros (\bar{x} /día)* | Edad de inicio (años)** | AFT % |
|-----------------|------|--------|-----------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| Pesado | M | 37(49) | 43.5 \pm 9.6 | 38.4 \pm 11.5 | 14.9 \pm 2.8 | 82 |
| | F | 38(51) | 43.1 \pm 9.9 | 34.6 \pm 10.2 | 16.4 \pm 4.5 | 92 |
| Ligero | M | 27(42) | 45.5 \pm 11.2 | 17.9 \pm 4.2 | 16.4 \pm 3.5 | 81 |
| | F | 37(58) | 44.1 \pm 12.6 | 16.9 \pm 4.7 | 18.9 \pm 3.5+ | 86 |

* Efecto del grupo $F(1,134) = 169.5$ $p < 0.00001$

** Efecto del grupo $F(1,134) = 9.58$ $p = 0.0028$

Efecto del sexo $F(1,134) = 10.33$ $p = 0.0021$

Interacción $F < 1$

+ $p < 0.05$ vs resto subgrupos ("t" no pareada, Bonferroni)

$\bar{x} \pm de$; AFT: antecedentes familiares de tabaquismo

TABLA 2
Características del hábito tabáquico en fumadores "pesados" y "ligeros" que solicitan tratamiento

| Tipo de fumador | Sexo | Abandono previo % | Motivo hábito | Reincidencia % malestar psíquico | Tend. consumo ▲ = ▼ | | |
|-----------------|------|-------------------|---------------|----------------------------------|------------------------|----|----|
| Pesado | M | 61 | 24 | 18 | 37 | 55 | 8 |
| | F | 56 | 19 | 14 | 44 | 53 | 3 |
| Ligero | M | 63 | 19 | 15 | 29 | 60 | 11 |
| | F | 65 | 19 | 27 | 30 | 64 | 6 |

Tend. consumo: autopercepción de la tendencia en el consumo de cigarrillos durante el año.

TABLA 3
Motivos para fumar expresados por fumadores "pesados" y "ligeros" que solicitan tratamiento

| Tipo de fumador | Sexo | Estimul. | Manip. | Relaj. ¹ | Red. ten. ² | Neces ¹ | Hábito ¹ |
|-----------------|------|-----------|-----------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| Pesado | M | 4.6 ± 3.2 | 4.1 ± 2.4 | 7.3 ± 1.2 | 6.5 ± 2.0 ³ | 8.1 ± 1.4 | 5.1 ± 2.2 |
| | F | 6.2 ± 3.1 | 4.2 ± 2.8 | 7.7 ± 1.2 | 7.9 ± 1.6 | 8.2 ± 1.3 | 6.0 ± 2.3 |
| Ligero | M | 5.9 ± 2.6 | 4.1 ± 2.4 | 6.9 ± 2.2 | 7.4 ± 1.8 | 6.9 ± 1.9 | 3.8 ± 2.8 ⁴ |
| | F | 5.7 ± 2.5 | 3.9 ± 2.4 | 6.6 ± 2.1 ³ | 7.7 ± 1.6 | 7.4 ± 1.7 | 3.6 ± 2.3 ⁴ |

1 Efecto del grupo $F(1,120) p < 0.01$

2 Efecto del sexo $F(1,120) p < 0.01$

3 $p < 0.05$ vs FPF ("t" no pareada, Bonferroni)

4 $p < 0.05$ vs FPM y FPF ("t" no pareada, Bonferroni)

Abreviaturas conforme al texto

TABLA 4
Características de personalidad de los fumadores "pesados" y "ligeros" que solicitan tratamiento

| Tipo de fumador | Sexo | Neuroticismo | Extroversión | Mentira ¹ | Psicoticismo |
|-----------------|------|--------------|--------------|-------------------------|--------------|
| Pesado | M | 11.6 ± 4.1 | 11.8 ± 4.4 | 8.6 ± 3.6 | 4.7 ± 2.4 |
| | F | 12.9 ± 4.0 | 11.8 ± 4.1 | 9.7 ± 4.3 | 5.1 ± 2.5 |
| Ligero | M | 12.8 ± 4.4 | 11.2 ± 4.3 | 9.7 ± 4.3 | 4.2 ± 2.5 |
| | F | 13.3 ± 4.0 | 11.6 ± 3.9 | 11.5 ± 3.7 ² | 4.5 ± 1.9 |

1 Efecto del grupo $F(1,102) = 3.997$ $p = 0.046$

Efecto del sexo $F(1,102) = 3.745$ $p = 0.053$

2 $p < 0.05$ vs FPM ("t" no pareada, Bonferroni)

mente, en la subescala de "reducción de la tensión" (RED TENS), los puntajes más bajos fueron los de los FP de sexo masculino ($p < 0.05$). ($P < vs.$ FP del sexo femenino) Los puntajes en las subescalas de "manipulación" (MANIP) y "estimulación" (ESTIMUL) fueron similares en todos los grupos ($F < 1$).

La única dimensión de la personalidad, evaluada por la CPE, en la que se observaron diferencias significativas, fue en la de mentira —o deseabilidad social— en la que los FP obtuvieron puntajes inferiores a los de los FL ($F[1,102] = 4$, $p = 0.046$), siendo las FL quienes obtuvieron los puntajes más elevados (tabla 4).

La asistencia a las sesiones durante el tratamiento fue similar en todos los grupos. Sin embargo, como era de esperarse, los FP utilizaron una mayor cantidad de chicles con nicotina que los FL y, aunque el efecto del sexo no alcanzó significancia estadística, en la tabla 5 puede observarse que los hombres utilizan el chicle con más frecuencia que las mujeres.

TABLA 5
Comportamiento durante el tratamiento de los fumadores "pesados" y "ligeros"

| Tipo de fumador | Sexo | Asistencia | Chicles de nicotina* |
|-----------------|------|------------|----------------------|
| Pesado | M | 8.3 ± 2.2 | 12.6 ± 10.8 |
| | F | 7.2 ± 2.5 | 9.6 ± 10.1 |
| Ligero | M | 8.2 ± 2.7 | 8.7 ± 9.4 |
| | F | 8.2 ± 2.0 | 6.1 ± 7.1 |

* Efecto del grupo $F(1,131) = 4.933$ $p = 0.026$

Efecto del sexo $F(1,131) = 2.923$ $p = 0.086$

Discusión

En general, los resultados de este estudio son semejantes a los reportados en la bibliografía (9, 11, 14, 15, 17, 19, 24), aunque también proporcionan nueva información.

Como puede observarse, parece que en la ciudad de México la gente que busca un tratamiento estructurado para abandonar el hábito tabáquico tiene alrededor de 45 años, sin importar cuántos cigarrillos fume diariamente. A pesar de que la mayor parte de los pacientes ya había intentado dejar el cigarrillo sin lograrlo, es en la edad madura cuando la gente se decide a solicitar ayuda profesional para combatir este hábito. Sin embargo, es necesario señalar que esta inferencia debe tomarse con cautela, ya que la mayor parte de los sujetos que acuden a la Clínica de Tabaquismo del INER lo hacen por recomendación de alguna persona conocida que ha seguido el tratamiento y, habitualmente, la gente se relaciona más con gente de su edad, es decir, que este dato pudiera obedecer a un sesgo preterapéutico. En algunos reportes de la bibliografía extranjera (12, 26) se refiere que una proporción considerable de jóvenes entre los 20 y los 30 años, acude a sitios especializados con el fin de suprimir el hábito de fumar. La diferencia con nuestros datos pudiera obedecer a un sesgo en la selección o, más probablemente, a la cultura médica de los países desarrollados y, tal vez, al control publicitario. En concordancia con esta última hipótesis está el hecho de que en estudios realizados en la Unión Americana, la respuesta de los "hispanos" a las invitaciones para participar en programas antitabáquicos es menor que la de los demás grupos de población (11).

De acuerdo con otros informes (11), se observó que los FP iniciaron el consumo de tabaco a menor edad que los FL y que, en general, las mujeres empiezan a fumar más tarde que los hombres. Sin embargo, datos preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones, efectuados por la Secretaría de Salud (22), indican que las mujeres de generaciones más recientes están empezando a fumar a edad más temprana -tal como ha sucedido en los países desarrollados (19). Esto sugiere que la diferencia que encontramos en la edad en que se inicia el hábito entre los sexos, pudiera reflejar las condiciones socioculturales a las que estuvo sujeta la generación a la que pertenece la mayor parte de los pacientes estudiados y no a las diferencias en los aspectos "psicobiológicos" relacionados con el sexo.

En cuanto a los motivos referidos por los pacientes para volver a fumar, los más frecuentes fueron la costumbre o el hábito y el malestar psíquico. Llama la atención que las frecuencias fueran similares entre los FP y los FL y que tampoco el sexo marcara una diferencia. Uno esperaría que los FP manifestaran malestar psíquico con mayor frecuencia, como componente del síndrome de supresión (10). Es probable que las semejanzas a este respecto estén relacionadas con el tipo de población que llega a un Instituto Nacional de Salud, es decir, son pacientes que difieren de la población general, habitualmente porque su problemática es más compleja. En otras palabras, algunos FL que acuden a solicitar este tipo de ayuda al INER, lo hacen, probablemente, porque tienen un tipo de dependencia que les ocasiona un síndrome de abstinencia, al menos en su componente psicológico (*vide infra*), similar al de los FP. En este sentido, vale la pena recalcar que los resultados observados solamente pueden generalizarse en sujetos que se autoseleccionan al

acudir en busca de tratamiento, en especial, a un Instituto Nacional de Salud.

El otro aspecto que llama la atención es que las mujeres que son FL parecen experimentar malestar psíquico con mayor frecuencia que el resto de los fumadores. En la bibliografía se reporta que las mujeres tienen más dificultad para abandonar el hábito de fumar que los varones, y varios autores han encontrado que esta dificultad se relaciona con un nivel de malestar psíquico superior al reportado por los hombres durante la abstinencia (9). Este hallazgo coincide con los resultados del análisis de las subescalas del cuestionario de "motivos para fumar", en donde se observa que en la subescala RED TEN, el sexo ejerce un efecto significativo, y los puntajes en los grupos de fumadoras fueron superiores; en otras palabras, las fumadoras parecen percibir el cigarrillo como más útil para combatir el estrés, que los fumadores. Sin embargo, en contraste con los hallazgos de otros autores (19), en esta población las mujeres presentan rasgos ansioso-depresivos similares a los de los varones, puesto que no hubo diferencias en la subescala de "neuroticismo" del CPE, que evalúa esta dimensión de la personalidad. Varios de los estudios (19,7) que postulan la ansiedad como uno de los principales factores relacionados con la dificultad del sexo femenino para suprimir el hábito de fumar, incluyen un número importante de mujeres jóvenes. Tal vez la edad de las pacientes incluidas en este estudio, que es la del climaterio, influya en los resultados. Cada vez queda más claro que durante la etapa reproductiva, los niveles de tensión emocional en las mujeres varían significativamente a lo largo del ciclo menstrual, elevándose alrededor de la menstruación. Esta ausencia de diferencias entre los sexos en los puntajes de esta subescala, así como en la de "psicoticismo", es interesante, pues en la población general de México, las mujeres obtienen puntajes significativamente superiores a los de los hombres en la primera, e inferiores en la segunda (4). El efecto del sexo en la subescala de "mentira" coincide con lo reportado por Eysenck y Lara-Cantú (4) respecto a los sujetos mexicanos.

En esta variable resalta el efecto del grupo al que pertenecen; los FL obtuvieron puntajes más altos que los FP. Este hallazgo sugiere que en los FL, el consumo de cigarrillos puede estar relacionado significativamente con estímulos y reforzadores sociales. La hipótesis es congruente con los resultados observados en la escala de "motivos para fumar", pues los FP obtuvieron puntajes más elevados en la mayor parte de las subescalas que evalúan estímulos y reforzadores internos (vg. RELAJ, NECES Y HABITO). El hecho de que el malestar psicológico experimentado durante los intentos anteriores para suprimir el tabaco, sea semejante en los FP y en los FL, pudiera obedecer a causas diferentes. En el primer caso la "dependencia" tiene un mayor componente psicosocial, en tanto que en el segundo, el componente fisiológico es mayor, tal como ha sido propuesto por otros autores (10, 15). El consumo de chicle con nicotina durante el tratamiento también apoya la hipótesis: los FP consumieron un número significativamente mayor de pastillas de chicle que los FL.

En síntesis, aunque el carácter retrospectivo del estudio y el hecho de haberse realizado en una clínica especializada limitan la generalización de nuestros resultados, éstos apoyan la idea de que el patrón de consumo del tabaco y el sexo se asocian con características psicosociales que pueden ser relevantes para el manejo eficaz del hábito tabáquico.

Evidentemente, los programas de tratamiento que se desprendan de estos hallazgos, deberán someterse

a un análisis riguroso respecto a su eficacia, como cualquier otra medida terapéutica innovadora.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a los doctores Roberto C. Tapia-Conyer y Rafael J. Salín-Pascual sus valiosos comentarios en la revisión del manuscrito. Además, agradecen al personal de la Clínica de Tabaquismo su cooperación para la realización del presente estudio.

REFERENCIAS

1. CHERRY N, KIERNAN K: Personality scores and smoking behavior. *Brit J Prevent Soc Med*, 23:123-131, 1977.
2. DAVIS RM: Current trends in advertising and marketing. *N Eng J Med*, 316:725, 1987.
3. EYSENCK HJ, EYSENCK MW: *Personality and Individual Differences*. Plenum Press, Nueva York, 1985.
4. EYSENCK SBG, LARA-CANTU MA: Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. *Salud Mental*, 12:14-20, 1989.
5. GLASWOW RE, SCHAFFER L, O'NEILL HK: Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol*, 49:659-667, 1981.
6. GOSSAIN VV, SHERMA NK, SRIVASTAVA L y cols: Hormonal effects on plasma renin activity. *Am J Med Sci*, 291:321, 1986.
7. HERMAN CP: External and internal cues as determinants of the smoking behavior of light and heavy smokers. *J Pers Soc Psychol*, 30:664-672, 1974.
8. HIRDES JP, BROWN KS, VIGODA DS y cols: Health effects of cigarette smoking: Data from the Ontario longitudinal study. *Can J Public Health*, 78:13, 1987.
9. JARVIS MJ, RAW M, RUSSELL MA y cols: Randomised controlled trial of nicotine chewing gum. *Br Med J*, (Clin Res), 285:537-540, 1982.
10. JONES RT: Tobacco dependence. En: *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*, Meltzer HY (ed). Raven Press, Nueva York, pp 1589-1595, 1987.
11. KILLEN JD, FORTMANN SP, TELCH MJ, NEWMAN B. Are heavy smokers different from light smokers? *JAMA*, 260:1581-1585, 1988.
12. LANDO HA: Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach. *J Consult Clin Psychol*, 45:361-366, 1977.
13. LICHTENSTEIN E: The smoking problem: a behavioral perspective. *J Consult Clin Psychol*, 50:804, 1982.
14. MCGINNIS JM, SHOPLAND D, BROWN C: Tobacco and health: trends in smoking and smokeless tobacco consumption in the United States. *Ann Rev Public Health*, 8:441-467, 1987.
15. MILLER PM, FREDERICKSON LW, HOSFORD RL: Social interaction and smoking topography in heavy and light smokers. *Addict Behav*, 84:147-153, 1979.
16. MURRAY GR, HOBBS SA: Effects of self-reinforcement and self-punishment in smoking reduction: Implications for broad-spectrum behavioral approaches. *Addict Behav*, 6:63-67, 1981.
17. NEUSER J, STACKER KJ, WIESEMANN HG: Associations of personality variables with smoking behavior and pulmonary function. *Int J Addictions*, 22:135-151, 1987.
18. Organización Mundial de la Salud: Controlling the smoking epidemic: report of the WHO expert committee on smoking control. Ginebra: WHO Technical report service, 1979.
19. ORLANDI MA: Gender differences in smoking cessation. En: *Women and Health*. Haworth Press Inc, Nueva York, pp 237-251, 1987.
20. RUSSELL MAH: Effect of electric aversion on cigarette smoking. *Br J Med*, 1:82-96, 1970.
21. TAPIA-CONYER R, LAZCANO RF: La encuesta nacional de adicciones: resultados preliminares. Presentado en la VII Reunión del Capítulo Regional Noreste de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Durango, Dgo., abril 5-7, 1989.
22. TAPIA-CONYER R, LAZCANO RF, REVUELTA HM, SEPULVEDA J: El consumo de tabaco en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Boletín Mensual Epidemiol*, 4:33, 1989.
23. U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking: Cancer: A report of the Surgeon General. U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1982.
24. WALLESTEIN S, ZUCKER CI, FLEISS JL: Some statistical methods useful in circulation research. *Circulat Res*, 47:1-9, 1980.
25. WERTHER NM, DAYAL HH. How to help patients stop smoking. A practice-based program for "kicking the habit". *Postgrad Med*, 83:277, 1988.
26. YANKELOVITCH, SKELLY WHITE, INC: A study of cigarette smoking among teen-age girls and young women. Summary of the findings. Department of Health, Education and Welfare, Public Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, DHEW (NIH) No. 77-1203, 1977.