

Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar

Blanca Mónica Leal B,¹ Ma. Angélica Ocampo O,¹ Raúl Cicero S²

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Tobacco consumption is a serious public health problem and the principal cause of death worldwide. It is linked to chronic obstructive pulmonary disease (COPD), coronary disease, and various cancers such as lung cancer, which is the most frequent, and cancer of the larynx and other organs. Smoking affects the quality of life of millions of people. Those who live with smokers also become involuntary or passive smokers. It is important to determine the factors that influence initiation and continuation of smoking and the reasons that facilitate or favor smoking cessation.

The dependence of cigarette smoking acts as a modulator of the relationship that smokers have with their social environment and on the expression of their feelings. We considered important to study the assertiveness of smokers, which is considered to be the social skill that individuals have to express what they think, feel and opine about respecting their rights and the rights of others as a factor that may influence smoking cessation or continuation of smoking.

Objective

We undertook this study to determine the levels of assertiveness and the sociodemographic profile of a population of 130 patients who were smokers and who came to the «Clinic against Smoking» located at a tertiary level teaching and research hospital in Mexico City. This was the first attempt for these patients to undergo cognitive behavioral treatment to stop smoking. We sought to determine if there are any significant differences between those patients who smoke and who continue treatment and those patients who abandon treatment.

Material and methods

Only patients who were active smokers were studied. Of a total of 130 subjects, 65 completed the treatment and 65 abandoned treatment. For each patient, the socioeconomic profile was investigated with regard to gender, age, marital status, education, occupation, and contribution to the family income. The Gambrell and Richey Assertiveness Inventory for the Mexico City population was used. The Fagerström questionnaire was applied for evaluation of nicotine dependence, with a value >6 considered to be positive to

qualify as dependence and the Russell reasons for smoking, which include stress reduction, the need to smoke, relaxation, the stimuli to perform activities and manipulation. Results were analyzed by descriptive analysis evaluating the assertiveness profile by probability of assertive response and the degree of discomfort classified as high, medium and low. The level of assertiveness was diagnosed according to the probability of response and the degree of discomfort as indifferent, assertive, nonassertive, average level of assertiveness and anxiety; a group was not classified between the groups mentioned. We used χ^2 for comparison of the levels of assertiveness between those who completed the treatment and those who did not.

Results

Of the 130 subjects studied, 65 completed the study satisfactorily and 65 abandoned treatment. Average age of the group of patients was 39.8 years (range: 19-60 years). There were 56.9% (74/130) females and 43.07% (56/130) males. It was determined that 60% of the population lived with a partner (78/130). Of the study population, those reporting a higher educational level (51.5%) (67/130) had a slight predominance over those subjects with either primary or secondary level of education. Of the 130 patients studied with the Fagerström questionnaire, 56.4% were nicotine dependent (73/130) and 47.4% (57/130) were not dependent. According to the Russell questionnaire for reasons for smoking, the most important reasons for smoking were stress reduction in 30.4% (42/130), the need to smoke in 33.1% (43/130) and for relaxation, with no difference between those who completed treatment and those who abandoned treatment. Stimulation, habit and manipulation were less frequently observed reasons.

In general, the population studied presented a low level of assertiveness and a deficit in social behavior without significant differences between those who leave or continue the treatment. Only 20% of all smokers were assertive, 19% were not assertive, 30% were indifferent, 15% had an average level of assertiveness, 5% demonstrated anxiety and 36% of those who had other levels remained in the «unclassified» group. The analysis of reactivities demonstrated that the smokers presented a low probability of response in the areas that manifested in the expression of annoyance, anger or disagreement with others, recognizing personal limitations

¹ Clínica Contra el Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital General de México, SSA.

² Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia: Ma. Angélica Ocampo O. Clínica Contra el Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital General de México, SSA. Balmis 148, 06726, México, D.F. Fax. 5004-3857. E-mail: rc1neumo@servidor.unam.mx; mic2rc@prodigy.net.mx

Recibido primera versión: 1º de diciembre de 2009. Segunda versión: 7 de junio de 2010. Tercera versión: 1º de septiembre de 2010. Aceptado: 21 de septiembre de 2010.

and acting in defense of rights in commercial situations and interactions with neighbors. They demonstrated a greater degree of discomfort in the areas of confrontation, defense of views and resisting pressure from others.

Discussion

Knowledge of the socioeconomic environment of smokers who desire to stop smoking using cognitive behavioral therapy is important because the environment in which the smoker lives exerts an influence on the success or failure of the attempt to stop smoking.

Gender, age, living with a partner, economic status and educational level are factors that may influence adherence to treatment and also influence the tendency to abandon treatment. Nicotine dependence was a determinant factor regarding completion or abandonment of treatment. Stress reduction and searching for and needing relaxation were the most frequently mentioned reasons for smoking. The level of assertiveness does not appear to play a definitive role for treatment success or for abandoning the smoking habit. Only 20% of the smokers were assertive and, of those, only half completed the treatment, with no difference between those who did not complete the treatment. The probability of an assertive response and the degree of discomfort did not show differences in the two groups mentioned, which suggests that assertiveness does not have a great influence on the final results. In general, the population studied had a deficit in social abilities. In the reactive analysis it was found that there is an opposition in the areas of defense of opinions and for resisting pressure from others, for manifesting annoyance, anger or disagreement and in regard to the defense of rights in commercial situations and interaction with others. There were no significant differences observed in between-group comparisons (χ^2 0.406). There were also no significant differences between those who are assertive and those who have a low level of assertiveness. These individuals prefer to reduce stress, satisfy their needs and seek relaxation or the stimulation produced by nicotine vs. the effort required to follow smoking cessation treatment, particularly within a social environment where smoking may be an element that eases relationships with others.

The observations obtained in this study suggest that assertiveness training specific to the type of smoker who tends to abandon treatment may be appropriate to obtain positive results and contribute not only to avoid abandoning treatment but also to maintaining positive results and to avoid relapses. This training may influence those susceptible subjects to avoid initiating a smoking habit.

Conclusion

The level of assertiveness is not an important factor to explain the success or failure of a smoking cessation program. Training in assertiveness may be useful to enhance success of treatment to quit smoking

Key words: Treatment to stop smoking, nicotine dependence, assertiveness, abandonment, compliance to treatment, termination of treatment.

RESUMEN

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública, es la principal causa de muerte evitable en el mundo, se vincula a padecimientos –como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad coronaria y diversos cánceres, como el de pulmón, que es el más frecuente, y el de laringe– y afecta la calidad de vida de miles de seres. Los que conviven con el fumador se convierten en «fumadores involuntarios» o pasivos.

Es importante conocer los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la conducta de fumar y los motivos para abandonarla. El hábito de fumar cigarrillos actúa como modulador de la relación entre el fumador y el medio social en que se desenvuelve y en la expresión de sus propios sentimientos. Se consideró importante estudiar la asertividad como la habilidad social para comportarse y expresar lo que piensa, siente y opina el fumador respetando sus derechos y los de los demás como un factor que puede influir en la cesación del consumo de tabaco.

Objetivo

Conocer la influencia de los niveles de asertividad y el perfil sociodemográfico de una población de 130 pacientes fumadores que acudieron por primera vez a tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar, a la Clínica Contra el Tabaquismo de un hospital de tercer nivel con instalaciones de enseñanza e investigación, para determinar si existen diferencias entre los que siguen el tratamiento y los que lo abandonan.

Material y métodos

Con una investigación descriptiva transversal, se estudiaron sólo pacientes fumadores activos. En cada paciente se investigó el perfil socioeconómico para obtener información de género, edad, convivencia con una pareja, grado de escolaridad y ocupación. Se empleó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey estandarizado para la población de la Ciudad de México. Se aplicaron los cuestionarios de Frageström para valorar la dependencia a la nicotina y el de motivos de fumar de Russell que comprende reducir tensión, necesidad, relajamiento, estímulo para reducir actividades y manipulación. Los resultados se analizaron por estadística descriptiva y se hizo una comparación por χ^2 de los niveles de asertividad que presentaron los que terminaron el tratamiento y los que lo interrumpieron.

Resultados

Del total de 130, terminaron el tratamiento 65 y lo abandonó el mismo número. La población estudiada presentó un bajo nivel de asertividad y un déficit en habilidades sociales. El análisis de reactivos demostró que los fumadores presentan un mayor grado de incomodidad (GI) en las áreas de confrontación, defensa de opiniones y resistencia a la presión de otras personas y una baja probabilidad de respuesta (PR) en las áreas de manifestar molestia, enfado o desacuerdo, reconocer limitaciones personales y en la defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas. Las circunstancias observadas sugieren que es conveniente un entrenamiento asertivo específico para esta población de fumadores.

Discusión

El conocimiento del estado socioeconómico de los fumadores que se someten a un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar es importante porque el medio influye en la adherencia o el abandono del intento para dejar el tabaco. El género, la edad, la pareja y el nivel educativo influyen en la adherencia al tratamiento o en su abandono. La dependencia a la nicotina puede ser un factor importante. La reducción de la tensión y la necesidad de relajación fueron las razones más frecuentemente encontradas para continuar fumando. El nivel de asertividad no parece cumplir un papel importante para el éxito o abandono del tratamiento para dejar de fumar. Sólo 20% de los fumadores resultaron asertivos y de éstos sólo la mitad completó el tratamiento sin diferencias con los que sí lo terminaron. La probabilidad de una respuesta asertiva y el grado de incomodidad no tuvieron diferencias entre los dos grupos, lo que sugiere que la asertividad no cumple un papel importante en los resultados finales. En general, la población estudiada mostró un déficit de habilidades sociales. En el análisis de

reactivos la oposición en las áreas de defensa de opiniones y de resistencia a la presión de otros para manifestar incomodidad, angustia o desagrado en relación con la defensa de derechos en situaciones comerciales fueron importantes sin diferencias significativas ($\chi^2=0.406$). Tampoco hay diferencias entre los asertivos y los de baja asertividad; estos últimos prefieren continuar fumando con una sensación de relajamiento o estimulación producidos por la nicotina a la tensión que implica dejar de fumar, particularmente en un medio donde el fumar facilita la relación con los demás. Es posible que un entrenamiento asertivo pueda mejorar los resultados no sólo para terminar un tratamiento sino para evitar recaídas. Este tratamiento serviría también para impedir el inicio del consumo de tabaco.

Conclusión

La asertividad no influye en la adherencia o abandono de un tratamiento para dejar de fumar. Un entrenamiento asertivo específico simultáneo con la terapia grupal sería útil para apoyar la adherencia al tratamiento de la dependencia a la nicotina en un determinado medio social.

Palabras clave: Tratamiento para dejar de fumar, dependencia a la nicotina, asertividad, abandono, adherencia, terminación del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte prematura por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad coronaria y cánceres de pulmón y de laringe.^{1,2} El tabaquismo ha disminuido en los países desarrollados; en cambio, en los que están en vías de desarrollo se registra un incremento,³ principalmente en adolescentes^{4,5} que son muy susceptibles a la publicidad de las tabacaleras.⁶ En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)⁷ de 2008 señala que hay 14 millones de fumadores en México; 18.5% de los individuos, entre los 12 y 65 años de edad, son fumadores activos, con una relación hombre-mujer de 2.9. El 17.1% son ex fumadores y 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos fumaron el último año. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) consigna cifras un poco menores, con 10.9 millones de fumadores, y la Encuesta Global de Tabaquismo Juvenil (EGTJ) detectó que dos de cada 10 adolescentes consumen tabaco. Trece millones son ex fumadores, con una relación hombre-mujer de 1.5 a 1. El 42.3% de los adolescentes y 51.3% de los adultos⁷ intentó dejar de fumar, pero menos de 3% recibió un tratamiento para dejar de fumar como ocurre en otros países;⁸ además, 17 millones están expuestos al humo de tabaco de los fumadores.^{9,10} El Consejo Nacional Contra las Adicciones encontró que en México anualmente más de 53 mil personas mueren por efectos consecutivos al consumo de tabaco y que el Sector Salud erogó 29,000 millones de pesos anuales para su atención;¹¹ esta cifra podría ser mucho mayor.

Fumar continuamente desarrolla una dependencia física y psicológica a la nicotina, sustancia tóxica y adictiva que alcanza el cerebro de 10 a 19 segundos después de inhalar el humo del cigarrillo. Esto estimula la liberación de dopamina, noradrenalina y otros neurotransmisores, y genera una sensación de placer que favorece la concentración y el relajamiento del individuo, sin perturbar sus funciones normales a diferencia de otras drogas.¹² La nicotina genera placer a nivel cerebral y funciona como un reforzador positivo, provocando que el individuo conti-

núe fumando al sentir un efecto que le resulta agradable.¹³ Además, estas circunstancias predisponen al fumador a presentar problemas psicopatológicos.¹⁴ A lo largo del proceso de socialización, el sujeto aprende a evitar situaciones de desagrado a través de la conducta de fumar. Una vez que se integra a la cadena del consumo, el fumador encuentra ventajas para enfrentarse a distintas situaciones y considera que fumar es «útil», sin considerar o sin saber que esta conducta lesiona gravemente su salud. Carmody *et al.*¹⁵ encontraron que hay habilidades conductuales para disminuir la participación social como fumar para no hablar, desviar la vista de los demás o encender el cigarrillo para reprimir alguna emoción.

Desde 1958, Wolpe^{16,17} consideró como conducta asertiva «...la expresión adecuada dirigida hacia otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad» como una habilidad social que puede estar relacionada con la personalidad del individuo. Lazarus¹⁸ había señalado inicialmente que la asertividad implica habilidades sociales y expresión de sentimientos positivos y negativos. Ello indica que la asertividad es una habilidad social para transmitir y recibir los sentimientos, creencias y opiniones de una manera honesta, oportuna y respetuosa para lograr una comunicación satisfactoria hasta donde lo haga necesario el proceso de la relación humana.

Gambrill y Richey, en un trabajo clásico^{18,19} comentado por Carrasco,²⁰ anotan que la asertividad es «una habilidad para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente para no emitir otras conductas que son castigadas o extinguidas por otros». Caballo²¹ señala que la «asertividad es una actitud socialmente habilidosa que en realidad es un conjunto de conductas en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas».

Otros autores resumen el concepto de asertividad como un constructo global que implica defensa de derechos, habilidad para iniciar, terminar o continuar conversaciones

en las relaciones interpersonales, con iniciativa para resolver problemas y satisfacer necesidades, habilidad social para resistir presión grupal o individual y el liderazgo, dirección e influencia de otros.

La asertividad no se manifiesta como una variable independiente, sino como una que está construida sobre la base de otros conceptos como *locus* de control, autoestima, agresividad y habilidades sociales; de hecho el concepto de asertividad tiene variantes entre los autores consultados.²²

El individuo prueba el tabaco e inicia su consumo y se consolida como fumador, pero puede abandonarlo y ser ex fumador, y también puede recaer y volver a fumar, siempre en un contexto de interacción social.^{23,24}

Generalmente, los individuos que consumen drogas manifiestan dificultad en habilidades sociales con bajos niveles de asertividad.^{22,23} La exploración de la asertividad diseñada por Gambril y Richer fue estandarizada para la población de la Ciudad de México por Guerra²⁵ en 1996 y revisada por Castaños²⁶ en 2009. Por lo regular se considera que la asertividad es una manifestación de la habilidad del individuo para comportarse expresando sus sentimientos, ideas y opiniones en un contexto social determinado, con lo que logra que se respeten sus derechos al tiempo que respeta los de los demás. En México, la respuesta a determinadas situaciones sociales es frecuentemente defensiva. Las conductas asertivas comprenden un elemento emocional, ausencia de incomodidad y la manifestación conductual propiamente dicha, en relación con la habilidad social, como un modo particular de comunicarse socialmente. Los inasertivos se conducen de manera pasiva, sin expresar sus sentimientos y creencias, frecuentemente con una actuación débil sin manifestar de forma activa sus necesidades, lo que permite que los demás violen sus derechos y en ocasiones pueden ser agresivos como respuesta a un sentimiento de minusvalía.^{27,28}

Corbin *et al.*²⁹ examinaron en niños de primaria el impacto de un entrenamiento en habilidades para rechazar drogas con información acerca de las sustancias adictivas, habilidades asertivas, habilidades en la toma de decisiones y estrategias específicas para rechazar drogas. Los resultados de este entrenamiento fueron buenos en habilidades conductuales, toma de decisiones y habilidades para rechazar las drogas.

Donohue *et al.*³⁰ investigaron las habilidades asociadas con el rechazo de una sustancia adictiva en adolescentes con problemas de conducta y abuso de drogas, y capacidad para rehusar el consumo de alcohol que estuvieron positivamente relacionadas con el sentido de pertenencia a un grupo, la percepción de sentirse atendidos socialmente y tener un alto desempeño académico, actitud que coincide con la de mujeres adolescentes.^{31,32} Ping-Han *et al.*³³ encontraron que las recaídas en el consumo de drogas pueden evitarse acometiendo directamente las relaciones familiares y laborales o centrándose en el desarrollo de estrategias eficaces de afrontamiento.

Marlat *et al.*³⁴ estudiaron individuos afectados por un amplio abanico de quejas de adicción y compulsión. Observaron, así, que las situaciones de alto riesgo para las recaídas eran los estados emocionales negativos en 35% y 16% por conflictos interpersonales actuales con la familia como fumar en el hogar,³⁵ con amigos o en el trabajo y con los no fumadores.^{36,37} Además, en 20% se determinó una presión social, directa o indirecta, en situaciones en que se producía una persuasión verbal o en que simplemente existía la impresión de que todos pueden utilizar drogas. La no adherencia al tratamiento también está relacionada con un bajo nivel de escolaridad.³⁸

Los programas diseñados para tratar la adicción a la nicotina se justifican en función de la prevención del daño a la salud que produce el tabaco. Como la asertividad es una habilidad social para defender los derechos propios, el de fumar entre otros, respetando a los demás, se pensó que sería importante conocer el nivel de asertividad de un grupo de fumadores y su influencia en los que completan un tratamiento para dejar de fumar y en los que lo interrumpen. La observancia del tratamiento aumenta las posibilidades de que un sujeto deje de fumar y evite el daño que produce el consumo de tabaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio de casos consecutivos de fumadores mexicanos para obtener una valoración de las características sociodemográficas, la dependencia a la nicotina, los motivos para fumar y el nivel de asertividad en un grupo que acudió voluntariamente a un tratamiento cognitivo-conductual, con sesiones dos veces por semana durante ocho semanas para abandonar el consumo de tabaco en una clínica especializada.³⁹

Participaron en el estudio 130 personas que acudieron a la Clínica Contra el Tabaquismo de un hospital de concentración de tercer nivel con instalaciones de enseñanza e investigación. Se seleccionaron sujetos fumadores de más de 18 años no mayores de 60 años, hombres y mujeres, que supieran leer y escribir, que intentaran por primera vez abandonar el consumo de tabaco. En todos los casos se realizó una entrevista clínica y se emplearon los mismos instrumentos de evaluación psicológica. Se registraron la permanencia y la terminación del tratamiento o el abandono del mismo.

Instrumentos

1. En todos los casos se realizó una entrevista que incluía preguntas respecto a datos sociodemográficos personales, con particular atención al consumo de tabaco. Se utilizaron los siguientes instrumentos:
2. Cuestionario de Fargeström⁴⁰ de dependencia a la nicotina, de ocho preguntas respecto al grado de depen-

dencia a la nicotina que expresa el sujeto. De acuerdo con este instrumento, existe dependencia cuando el resultado de la sumatoria total de los porcentajes es de seis o más.

3. Cuestionario de Motivos para Fumar de Russell.⁴¹ De 18 preguntas para identificar el motivo por el que la persona fuma: estímulo, manipulación, relajación, reducción de tensión, necesidad y costumbre. Con puntuaciones de 0 a 10 de acuerdo con la importancia del motivo.
4. Escala de Asertividad de Autorreporte de Gambrill y Richey,¹⁹ estandarizada por Guerra²⁴ y Castaños.²⁵ Emplea reactivos que se refieren a situaciones de interacción personal con el medio social en que actúa el fumador, en dos subescalas con un registro de puntuaciones. Una subescala de Grado de Incomodidad (GI), que conforma el factor emocional. Los reactivos se calificaron del 1 al 5, desde ninguna incomodidad=1, un poco=2, regular=3, mucha=4 hasta demasiada=5, y otra subescala de Probabilidad de Respuesta (PR), que conforma el factor conductual que registra la probabilidad del comportamiento en el medio social en que se desarrolla el fumador, en una escala del 1 al 5, indicando si expresaría su comportamiento, siempre=1, usualmente=2, la mitad de las veces=3, rara vez=4 o nunca=5. Tomando en cuenta el GI y la PR, se establece el diagnóstico del perfil de asertividad del fumador en: asertivos (bajo GI-alta PR), indiferentes (bajo GI-baja PR), actores ansiosos (alto GI-alta PR) e inasertivos (alto GI-baja PR). Puede haber otras combinaciones relativamente frecuentes.

Todos los sujetos en estudio firmaron una carta de consentimiento para ser estudiados de acuerdo con la metodología propuesta. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

RESULTADOS

De 130 fumadores, 65 pacientes terminaron satisfactoriamente el tratamiento y 65 lo abandonaron en diferentes fechas.

1. Características sociodemográficas

De las 130 personas que participaron en el estudio, 56% (74) eran mujeres y 44% (56) hombres. Los hombres completaron el tratamiento en mayor proporción que las mujeres: 60.7 vs. 41.9%, con diferencia significativa $\chi^2=4.52$ $p \leq 0.05$. La edad promedio fue de 39.8 años, con rango de 19 a 60 años. El mayor número de pacientes, 43%, se encontró entre los 41 y 50 años. Se observó una tendencia a la deserción del tratamiento en los menores de 40 años, 58.4 vs. 45.2% de los mayores. Del total de pacientes, 60.0% (78) eran casados o vivían en unión libre y 40.0% (52) eran solteros, divorciados o viudos. Hubo una mayor tendencia a completar el tratamiento en el grupo que tenía pareja comparado con los que

vivían solos: 55.1 vs. 42.3%. El 48.4% (63) había cursado primaria y secundaria, 26.0% (34) bachillerato o carrera técnica y 25.3% (33) licenciatura o maestría. Se encuentra que la adherencia al tratamiento es mayor en el grupo con educación superior, 63.5%, con diferencia significativa respecto a los otros dos grupos $\chi^2=6.38$ $p \leq 0.05$. Respecto a la ocupación, 39% (51) de los sujetos eran empleados, 32.3% (42) se dedicaba al hogar, 24% (18) eran comerciantes y el 10.0% (13) eran estudiantes, jubilados o desempleados. No hubo diferencia significativa en el abandono entre empleados y dedicados al hogar.

Si se consideran las comparaciones intragrupos, diferencias por renglón, se observa que las características que incrementan la tendencia a permanecer y concluir un tratamiento para dejar de fumar son: sexo masculino, edad mayor de 40 años, una relación de pareja actual, escolaridad de licenciatura o maestría, y que el individuo tenga una ocupación que colabore con el ingreso familiar.

2. Dependencia a la nicotina y abandono del tratamiento para dejar de fumar

De los 130 casos, 56.1% (73) resultaron dependientes a la nicotina, con valores de 6 o superiores, y 43.8% (57) no dependientes. Del primer grupo, 49.2% (36) completaron el tratamiento y 50.7% (37) no. Del segundo, 50.8% (29) terminaron el tratamiento y 49.1% (28) no, sin diferencias significativas (cuadro 1).

Cuadro 1. Permanencia en una población fumadora que acude a un tratamiento para dejar de fumar de acuerdo con los niveles de dependencia a la nicotina y motivos para fumar

Variable comparativa	Completaron tratamiento		Total
	Sí	No	
Dependencia a la nicotina			
Sí	49.4% (36)	50.6% (37)	100% (73)
No	50.9% (29)	49.1% (28)	100% (57)
Total	65	65	130
Motivos para fumar			
Reducir tensión	48.0% (20)	52.0% (22)	100% (42)
Necesidad	51.0% (22)	49.0% (21)	100% (43)
Relajamiento	48.0% (16)	52.0% (14)	100% (30)
Estímulo	42.0% (3)	58.0% (5)	100% (8)
Costumbre	50.0% (1)	50.0% (1)	100% (2)
Manipulación	51.0% (3)	49.0% (2)	100% (5)
Total	65	65	130

No existen diferencias entre los grupos dependientes y no dependientes a la nicotina. Tampoco hay diferencias entre los grupos con diversos motivos. Cifras subrayadas.

Cuadro 2. Perfil de asertividad por PR y GI en una población fumadora que acude a un tratamiento para dejar de fumar

	Completaron tratamiento		
Variable comparativa	Sí	No	Total
Probabilidad de respuesta asertiva PR			
Alta	<u>57.4%</u> (27)	42.3% (20)	100% (47)
Media	43.1% (16)	<u>56.9%</u> (21)	100% (37)
Baja	47.9% (22)	52.1% (24)	100% (46)
Total	65	65	130
Grado de incomodidad GI			
Alto	43.1% (19)	<u>56.9%</u> (25)	100% (44)
Medio	<u>58.0%</u> (29)	42.0% (21)	100% (50)
Bajo	42.7% (17)	57.2% (19)	100% (36)
Total	65	65	130

Los que tienen probabilidad de respuesta asertiva alta y experimentan un grado de incomodidad promedio tienen una tendencia a completar el tratamiento. Los que tienen asertividad media y un grado de incomodidad alto tienen una tendencia al abandono. No hay diferencias significativas.

3. Distribución de los motivos para fumar de Russell

De acuerdo con los motivos para fumar, de todos los fumadores, 32.2% (42) fumaba para reducir tensión, por necesidad 33.2% (43) y por relajamiento 23.8% (30). Completaron 47.6% (20) del primero y 51.1% (22) del segundo grupos, respectivamente. De los que fuman para relajarse, 53.3% (16) también completó el tratamiento. El 10% (13) restante tenía diversos motivos como estimulación, costumbre o manipulación; no hubo diferencias en estos grupos (cuadro 1).

4. Perfil de conducta asertiva en la muestra de fumadores por probabilidad de respuesta (PR) y grado de incomodidad (GI)

El perfil de asertividad se obtuvo por análisis estadístico de cuadros de contingencia para observar la tendencia porcentual en la distribución de cada una de las categorías de las subescalas de asertividad. En la subescala de probabili-

dad de respuesta (PR), de todos los fumadores participantes en el estudio, 36.1% (47) tenía una PR alta, 28.4% (37), promedio, y 35.8% (46), baja. De los que tenían una PR alta, 41.5% completaron el tratamiento; los de PR baja lo completaron en 47.8% y los de PR promedio en 43.1% y no hubo diferencias significativas en la adherencia y el abandono del tratamiento (cuadro 2).

En la subescala de grado de incomodidad (GI) que se refiere al malestar subjetivo que la persona experimenta ante diferentes situaciones, las conductas de confrontación, defensa de opiniones y resistir la presión de otros fueron las más frecuentemente encontradas. Del total de casos el GI fue alto en 33% (44), promedio en 38.4% (50) y bajo en 27% (36) (cuadro 2).

5. Niveles de asertividad. Diagnósticos de acuerdo con la probabilidad de respuesta asertiva (PR) y el grado de incomodidad (GI)

Si se consideran el grado de incomodidad (GI) y la probabilidad de respuesta (PR) de todos los 130 fumadores, 20.8% (27) fueron asertivos, 19.2% (26) inasertivos y 15.4% (20) con asertividad promedio, y el porcentaje más alto fue 36.20% (47) de un grupo con diferentes PR y GI no clasificados. Terminaron el tratamiento 51% asertivos, 46% inasertivos, 60% de nivel promedio y 44% de los no clasificados. Los indiferentes 3.1% (4) y los actores ansiosos 5.4% (7) fueron poco frecuentes, con seguimiento de 50 y 57% respectivamente (cuadro 3).

En general, los de asertividad alta y grado de incomodidad promedio mostraron una tendencia a completar el tratamiento. Los que tienen asertividad media y grado de incomodidad alto presentan una tendencia al abandono. No hubo diferencias significativas.

DISCUSIÓN

En México, la prevalencia del consumo de tabaco es mayor en hombres que en mujeres, con 39.1% y 16.1%, respectivamente;⁷ las encuestas señalan franco predominio del género masculino. En este estudio, la mayoría de los fumadores y de los que no terminaron el tratamiento fueron mujeres, con una diferencia significativa respecto a los hom-

Cuadro 3. Nivel de asertividad. Diagnósticos de acuerdo con probabilidad de respuesta (PR) y grado de incomodidad (GI)

Completaron tratamiento	Indiferentes	Asertivos	Inasertivos	Promedio	Actores ansiosos	No clasificados	
Sí	2(50.0%)	14(51.8%)	12(46.1%)	12(60.0%)	4(57%)	21(44%)	65
No	2	13	13	8	3	26	65
Total	4	27	25	20	7	47	130
	30%	20.0%	19.2%	15.3%	5.3%	36.0%	100.0%

No hay diferencias significativas entre los grupos.

bres $\chi^2 p \leq 0.05$. Ello se debe probablemente a que disponían de más tiempo para asistir a un tratamiento y continuaban fumando en el hogar⁴² sin ser asertivas. Los fumadores menores de 40 años, los que no tenían pareja, los de menor escolaridad y los desempleados también presentaron una tendencia al abandono del tratamiento en coincidencia con otros autores.^{34,43,44} De los que terminaron, 63% (82) tenían más de 40 años, lo que sugiere que, a mayor edad, mayor adherencia con o sin asertividad, particularmente si trataban de dejar el tabaco. En esta muestra, 43 (33%) sujetos eran menores de 40 años y de estos 14 tenían menos de 30 años, todos con mayor tendencia al abandono probablemente porque no les importaban sus relaciones sociales y se comportaban sin asertividad.

Considerando conjuntamente los casados y los de unión libre, existe una tendencia mayor a terminar, pues probablemente la pareja influye al oponerse a que se fume en el hogar.³⁵

Se observó que, a menor escolaridad, mayor probabilidad de que no terminaran,³⁸ en tanto que a mayor educación había más adherencia al tratamiento, posiblemente por tener más información sobre el daño que produce el tabaco. La mayoría fumaba en su trabajo y en el hogar, con poca o ninguna asertividad.⁴⁵ Es probable que el ambiente social y laboral influyeran en que el individuo no pudiera fumar porque los no fumadores, independientemente de la falta de asertividad, se oponen a esta actitud.^{36,37}

La dependencia a la nicotina parece no ser un factor determinante para dejar el tabaco o seguirlo consumiendo; en esta investigación 60% de los dependientes había dejado de fumar sin diferencias con los no dependientes y sin que la asertividad fuera un factor importante. De los motivos para fumar, los más frecuentes fueron la reducción de tensión, la búsqueda de relajamiento y la necesidad; es probable que estos motivos estén relacionados y condicionen una discreta tendencia al abandono. El estímulo, en los no asertivos, impulsa a seguir el consumo de tabaco y denota falta de respeto hacia los demás.

Sólo 20% de los 130 sujetos fumadores eran asertivos; los demás tuvieron menores niveles de asertividad, lo que concuerda con los resultados obtenidos en México en estudiantes universitarios.^{4,22} Abandonar una costumbre que se ha tenido durante años resulta difícil, sobre todo si se convive con gente que fuma y no desea dejar de hacerlo, lo cual podría influir en la ausencia de asertividad.

El hecho de que los valores porcentuales de PR asertiva y GI no tengan en general una diferencia significativa entre los que abandonan y los que terminan sugiere que la asertividad no influye en el resultado final.

La evaluación de un área emocional por GI y una conductual por PR permite planear programas de entrenamiento en asertividad de acuerdo con las características de una determinada población. El hecho de presentar un GI alto determina una PR baja que propicia que la presión de

otros para realizar una determinada conducta no se acepte al defender el derecho de no realizarla.^{22,23} En las relaciones sociales de amistad, fumar tiene un papel importante, tanto en su inicio como en las sanciones por en el hecho de consumir tabaco porque existe la ambivalencia de que abstenerse de fumar puede ser mal visto y que hacerlo con regularidad se condena socialmente sin que intervenga la asertividad. Un motivo importante para fumar es el afrontamiento de situaciones donde el individuo no tiene los recursos para enfrentarlas y prefiere fumar para evitarlas.⁴⁶ En el grupo de PR asertiva alta, terminó el tratamiento 57%, a diferencia de los de PR asertiva media y baja, donde hay una mayor tendencia al abandono.

Las adicciones tienen semejanzas^{12,13} porque se estimulan circuitos cerebrales de recompensa y placer que provocan respuestas ante la sola presencia en el ambiente de una droga adictiva, como la nicotina, con conductas que buscan el placer⁴⁷ sin tomar en cuenta a los demás. La tensión, la necesidad y el relajamiento son factores por los que el individuo adicto prefiere los efectos de relajación o estimulación obtenidos con la nicotina al esfuerzo que implica el dejar de fumar y abandona el tratamiento; estos sujetos son menos asertivos. Sin embargo, no hay diferencias significativas con los asertivos, lo que sugiere que la asertividad no influye en la adherencia o abandono del tratamiento. En este estudio no se encontraron diferencias significativas en asertividad entre los que dejan de fumar y los que continúan.

Si se considera que el consumo de tabaco cumple un papel importante en establecer y sancionar las interacciones sociales, es posible que el medio ambiente en que se comporta el fumador influya en el inicio, el mantenimiento o la cesación del consumo de tabaco, más que la motivación individual que resulta no asertiva.

La conducta de rechazar la presión de consumir tabaco en los adolescentes con capacidad de toma de decisión deficiente y con menos habilidades para rechazar la droga mostró que eran más susceptibles a ceder ante la influencia social para fumar, lo que puede mejorar con programas que incluyan el entrenamiento de habilidades para rechazar el tabaco.^{32,48}

En el análisis de reactivos, la muestra presentó un mayor grado de incomodidad (GI) en las áreas de confrontación, defensa de opiniones y resistencia a la presión de otros, y una baja probabilidad de respuesta en las áreas para manifestar molestia, enfado o desacuerdo, reconocer limitaciones personales y en la defensa de derechos (derecho a fumar) en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas, la asertividad puede estar o no presente. Si el sujeto está en contacto con fumadores, es más difícil que abandone el tabaco y que no acepte una invitación para fumar. La investigación del estado socioeconómico conjuntamente con el estudio de variables psicológicas puede ayudar al diseño de acciones para apoyar a los fu-

madores que desean abandonar el tabaco, particularmente los más jóvenes,⁴⁹⁻⁵¹ los de menor escolaridad y los solteros que abandonan con mayor frecuencia el tratamiento por déficit de habilidades sociales y que en general son menos asertivos. La inclusión de fármacos puede no tener más ventajas⁵² que un programa bien diseñado.^{53,54} Los programas preventivos instituidos desde la edad escolar pueden dar buenos resultados a futuro.⁵⁵

CONCLUSIÓN

La asertividad no parece ser un factor que influya en la adherencia o abandono de un tratamiento para dejar de fumar. Un entrenamiento asertivo específico simultáneo con la terapia grupal podría ayudar a modificar las actitudes relacionadas con el consumo de tabaco «en un determinado medio social».

AGRADECIMIENTOS

A los maestros Miriam Camacho y Eduardo Cuevas, de la Facultad de Psicología, UNAM, por su ayuda en la revisión del manuscrito. A Marco Gudiño, Técnico en Computación de la Unidad de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina, UNAM.

REFERENCIAS

- Ramírez-Venegas A. Daños a la salud que ocurren con el consumo de tabaco. *Ciencia* 2004;55:54-59.
- Valdés-Salgado R. Las cifras de la epidemia. Daños a la salud y mortalidad atribuibles al consumo de tabaco. En: Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Valdés-SR, Lazcano-PE, Hernández-A (eds.). M.INSPI. México: Sría de Salud; 2005; pp.29-41.
- Valdés-Salgado R, Hernández M, Sepúlveda J. El consumo de tabaco en la Región Americana. Elementos para un programa de acción. *Salud Pub Méx* 2002;44:(Supl 1):S125-S135.
- Lotrean NM, Sánchez-Zamorano LM, Valdés-Salgado R et al. Consumption of higher numbers of cigarettes in Mexican youth: the importance of permissiveness of smoking. *Addict Behav* 2005;30:1035-1041.
- Kuri-MP, González-RJ, Hoy M, Cortés-R M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Púb Méx* 2007;49(Supl):S91-S98.
- Ling P, Neilands TM, Glantz S. Young adult smoking behavior. *A National Survey. Am J Prev Med* 2009;36:389-394.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. CONADIC, INSP, INSMRF. Sría. de Salud (eds.). México: 2008. (Puede consultarse en la página de Google del Instituto Nacional de Salud Pública. Véase también en esta página: DiarioSalud.net. Portal y agencia de noticias medicina.Salud.medicamentos y farmacia en español.
- Baska T, Sovinová H, Mémeth A et al. Findings from the global youth tobacco survey in Czech Rep, Hungary, Poland and Slovakia. *Sozial Preventive Medicine* 2006;51:110-116.
- Franco-Marina F, Villalba-Caloca J, Corcho-Berdugo A. Grupo interinstitucional de cáncer pulmonar. *Salud Pub México* 2006;48(Supl 1):S71-S82.
- Franco-Marina F. Adult smoking trends in Mexico: An analysis of the Mexican national addiction surveys. *Salud Pub Méx* 2007;49(Supl):S137-146.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones. México: Ed. CONADIC, Sría. de Salud; 2008. [ver también: Informe Pfizer. Libre de cigarro. Datos estadísticos en México y en el mundo. 2007. Disponible en: <http://pfizer.com.mx.tabaquismo/index.asp?actionhome.interior&Sectid=682&CatId=951>. Consultado, enero 30, 2008].
- Sweetman SC (editor). Martindale. The complete drug reference. 35th ed. London: The Pharmaceutical Press; 2007; pp.2133-2135.
- Leutweiler-Ozelli K. Obesity and addiction. This is your brain on food. *Scientif Am* 2007;297:56-57.
- Rondina RG, Gorayeb R, Botelho C. Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Brasil Pneumol* 2007;33:592-601.
- Carmody TP, Loew DE, Hall RG, Brekenridge JS et al. Nicotine polacrilex: Clinic-based strategies with chronically ill smokers. *J Psych Drugs* 1988;20:269-274.
- Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition* San Francisco: Standford University Press; 1958.
- Wolpe J. La práctica de la terapia de la conducta. Mexico: Ed. Trillas; 1997; pp.183-184.
- Lazarus A. On assertive behaviour: A brief note. *Behav Ther* 1973;4:597-699.
- Gambrill E, Richey C. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav Ther* 1975;6:550-561.
- Carrasco C. Análisis del inventario de asertividad de Gambrill y Richey. *Estudios Psicología* 1989;37:63-74.
- Caballo VE. El entrenamiento en habilidades sociales valoración de las habilidades sociales. En: Caballo VE (Comp). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Quinta ed. Madrid: Siglo XX; 1991; pp.403-443.
- Florez Galaz M. Asertividad agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM. México: 1989 (Disponible REDUNAM.USUARIOS. Biblioteca Central).
- Gaeta-Gonzalez L, Galvanovskis-Kasparane A. Asertividad: un análisis teórico empírico. *Enseñanza Invest Psicol* 2009;14:403-425.
- Becoña E, Palomares A, García M: Tabaco y salud, guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. México: Ediciones Pirámide; 1998.
- Guerra-Ramos MT. Estandarización del inventario de asertividad Gambrill y Richey para la población de la Ciudad de México. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM; 1996 (Disponible REDUNAM-USUARIOS. Biblioteca Central).
- Castaños-Cervantes S. Estandarización del inventario de asertividad Gambrill y Richey II. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México: 2008 (Disponible REDUNAM-USUARIOS. Biblioteca Central).
- Jakuboski P, Lange AJ. Responsible assertive behavior: cognitive / behavioral procedures for trainers. Champaign Ill: Research Press Co; 1976.
- Jakuboski P, Lange AJ. The assertive option, your rights & responsibilities. Champaign Ill: Research Press Co.; 1978.
- Corbin S, Jones R, Schulman R : Drug refusal behavior: The relative efficacy of skills-based and information-based treatment. *J Pediatr Psychol* 1993;18:769-784.
- Donohue B, van Nasselt VB, Hersen M, Perrin S: Substance refusal skills in a population of adolescents diagnosed with conduct disorder and substance abuse. *Addic Behav* 1999;24:37-46.
- Botvin GJ, Griffin K, Diaz T, Miller N, Ifill-Williams M: Smoking initiation and escalation in early adolescent girls: one year follow-up of a school based prevention intervention for minority youth. *J Am Med Wom Ass* 1999;54:139-142.
- Lopez-Torrecillas F, Martín J, De la Fuente J, Godoy JF. Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores del consumo de drogas. *Psicotherma* 2000;12:331-334.
- Ping-Han C, Raskin H, Pandina R. Predictor of smoking cessation from adolescence to young adulthood. *Addictive Behav* 2001;25:517-529.
- Marlat G, Curry S, Gordon J: A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *J Cons Clin Psych* 1988;56:715-720.
- Evans DS, Byrne C, Mulcahy M. Smoking in the home: attitudes and the impact of the 2004 Irish smoking ban. Health Promotion Services and the Department of Health Executive West. Public. Ireland: Health Service Executive West; 2006; pp.28-38.

36. Germain D, Wakefield M, Durkin S. Non-smoker responses when smokers Light up: A population based study. *Prevent Med* 2007;45:21-25.
37. Eleftherios A, Lambros L, Angelos R, Richard EJ. Can you please put it out? Predicting non-smokers' assertiveness intentions at work. *Tobacco Control* 2010;19:148-152.
38. Siddiqi O, Flay B, Hu F. Factors affecting addiction in a longitudinal smoking prevention study. *Prev Med* 1996;25:554-560.
39. Ocampo-OA, Magallan-VAS, Elpihue-V-HT, Cuevas-AE. Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel. *Terapia breve cognitivo-conductual*. México: CONADIC, Sría de Salud; 2007.
40. Fargestrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of Fargerström tolerance questionnaire. *J Behav Med* 1998;12:159-182.
41. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker DSC. Effects of general practitioners advice against smoking. *Brit Med J* 1979;2:231-235.
42. Precioso J. Factores de risco relacionados com as varias faces de «carreira» de fumador: implicações para prevenção. *Análise Psicológica* 2008;26:177-192.
43. Daly JE, Pesowski S. Predictor of drop-out among men who batter: a review of studies with implications for research and practice. *Violence Victims Summer* 2000;15:137-160.
44. Gilbert M, Gines S, Haley G. Factors associated with drop-out from group psychotherapy with depressant adolescents. *Canad J Psychiatry* 1994;39:358-359.
45. Flores M, Díaz-Loving R, Rivera S. MERA. Una medida de rasgos aser-tivos para la cultura mexicana. *Rev Mex Psicol* 1998;4:29-36.
46. Comeau N, Stewart S, Loba P. The relation of trait anxiety, anxiety, sensitivity and cessation seeking to adolescents motivations for alcohol, cigarette and marijuana use. *Addictive Behav* 2000;26:803-825.
47. Palmatier MI, Liu X, Donny E, Caggiula R et al. Metabotropic glutamate 5 receptor (mGluR5) antagonist decrease nicotine seeking, but do not affect the reinforcement enhancing effects of nicotine. *Neuropsychopharmacol* 2006;33:2139-2147.
48. Fleming C, Kim H, Karachi T, Catalana R. Processes for children in early elementary school as predictor of smoking initiation. *J Adolescent Health* 2002;30:184-189.
49. Vendetti J, McRee B, Millar M, Christiansen K, Herrel J. Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction* 2002;97(Supl 1):125-134.
50. Nichols TR, Graber JA, Brooks-Gum J, Botvin. Ways to say no: refusal skill strategies among urban adolescents. *Am J Health Behav* 2006;30:227-236.
51. Delavar A, Rashi KH. The role of assertive training and problem-solving in prevention and reduction of cigarette usage among students in the city of Theheran. *Psychological studies*. Winter 2005;1(abstract):19-34.
52. Zerning G, Wallner R, Grohs U et al. A randomized trial of short psychotherapy versus sustained-release bupropion for smoking cessation. *Addiction* 2008;103:2024-2031.
53. Wu Ping, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006;6:2-16.
54. Cofta-Woerpel L, Wright KL, David W, Wetter DW. Smoking cessation 3: Multicomponent interventions. *Behav Med* 2007;32:135-149.
55. Epstein JA. Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents? *Addict Behav* 2007;32:700-713.

Artículo sin conflicto de intereses