

# Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana

Ana Carolina Rodríguez Machain<sup>1</sup>, Nora Angélica Martínez Vélez<sup>1</sup>, Francisco Juárez García<sup>1</sup>, Elsa Karina López Lugo<sup>3</sup>, Silvia Carreño García<sup>1</sup>, María Elena Medina-Mora<sup>2</sup>

Artículo original

## SUMMARY

### Introduction

Tobacco use is considered a worldwide public health problem because of the amount of death and disease it causes. The WHO reports that 30% of the adult population in the world are cigarette smokers, and that nearly five million of these will die within one year. Prospective studies performed by the WHO show that if current tobacco use continues, in 2020 there will be 8.4 million deaths due to tobacco-related diseases every year; seven out of 10 of these deaths will occur in emergent countries, like Mexico. More than 53000 tobacco users die every year in Mexico because of tobacco-related diseases, and at least 147 of these die daily. Data from the National Addictions Survey (NAS) 2002 showed that 26.4% of the people between 12 and 65 years old were active tobacco consumers; this amounted to nearly 14 million individuals. Of these, 7.1% were under 18 years old. The number of tobacco consumers in Mexico has increased from nine million in 1988 to 14 million in 2002. According to the NAS, 52% of the users smoke on a daily basis, and 61.4% of them began smoking when they were minors. To know the actual consumption levels, it is important to consider some factors: the number of cigarettes a person smokes, the different situations where a person smokes, and the social and physical consequences of smoking. Thus, it would be possible to develop a consumer classification (i. e. soft consumers, mild consumers, and hard consumers). There may be numerous causes for a person to be ill. When speaking about the harmful effects of tobacco use, the literature is clear in stating that these begin with the first cigarette smoked. However, it can take up to 30 years for a consumer to notice the damage on his health after his/her consumption began; but within the first ten years there are problems in lung function and in physical endurance. When a person starts smoking there are acute and unpleasant side effects that are rarely associated with smoked tobacco use. Consumption creates a tolerance which makes unpleasant effects to stop or fade away, giving place to pleasant sensations produced by nicotine; concentration improves and psychomotor skills, alert, and activation get better and there is a reduction in anxiety and stress. The relationship between tobacco use

and mental health is evident at the level of the emotional outcomes of suffering a chronic illness, such as lung cancer.

On the other hand, nicotine use has been related to a reduction in the severity of depression. Chemical alternatives for reducing consumption, based on the substance physical effects that promote addiction, have not proven to be effective so far. There is also evidence that consumers that fail in quitting smoking or people that have dependence problems with nicotine show a high prevalence of mayor depression when compared to non-dependent consumers. This association was direct with the severity of nicotine dependence. It also has been observed that smoking interferes often with psychological learning tools, mainly when consumption starts at very early ages. Emotional distress can produce low self-esteem and a lack of self-confidence. Therefore, the chances to begin tobacco consumption increase when it is used as a crutch to cope with social pressure and acceptance. Since tobacco use is a conduct that has shown to have serious repercussions on physical health and an important relationship with mental health in human beings, and is therefore a growing public health problem, the objective of this study is to explore a possible link among smoked tobacco consumption, mental health and physical problems in male workers from a textile factory.

### Method

A non-probabilistic convenience sample was used in the study. Subjects voluntarily agreed to complete the questionnaire: 279 male workers were interviewed; 54% were between 18 and 27 years old and 23% were between 28 and 37. Most of them had studied junior high school or higher (74%) and 65% were in a serious relationship (married or living with a couple).

Data about tobacco use were collected using a questionnaire with questions from the NAS 2002. To explore mental health the five-item Mental Health Inventory was used (MHI-5). As it is a self-answered screening test, it does not give a diagnosis, but it does allow establishing if subjects have symptoms of a probable mental health problem. Information about physical distress was collected through an 11-item somatization sub-scale from the Symptoms Check List-90 (SCL-90). The number of physical troubles that subjects reported during the

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

<sup>2</sup> Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

<sup>3</sup> Coordinadora de prácticas profesionales y servicio social. Escuela de Psicología, Universidad Latinoamericana.

Correspondencia: Lic. Silvia Carreño García. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calzada México Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F. Tel. 5655 2811 Ext. 202. E-mail: carrenog@imp.edu.mx

Recibido: 22 de febrero de 2008. Aceptado: 24 de abril de 2008.

last month was considered. All instruments have good levels of reliability and validity. Finally, several socio-demographic questions were included.

The questionnaire was answered in groups inside a training room. Trained interviewers participated in the process of collecting information. Subjects' participation was voluntary and their verbal acceptance was obtained before answering the questionnaires. Anonymity and confidentiality were guaranteed. Workers were told that no information would be given to the union or business authorities, and those who asked for their results received them personally. Neither invasive procedures nor intervention techniques were used. The union authorities received a global report so they could acknowledge the importance of smoked tobacco and mental health-related problems among their workers. Statistical analyses were performed using SPSS 11.

### Results

From the total sample, 74.6% (n=208) had smoked tobacco once in their life, 49.8% (n=139) during the last year (active consumer group), and 31.2% (n=87) during the past 30 days; 59.4% of the subjects reported muscular pain and 47.4% headaches; 57% of the active consumers had smoked more than 100 cigarettes, and they had been consumers for 9.5 years. Those who had smoked less than 100 cigarettes had been consumers for 8.92 years (47%) ( $p>.05$ ). Active consumers reported having their first cigarette at age 16. No significant differences ( $p>.05$ ) were found in emotional distress among different types of consumers, and neither in the number of physical symptoms compared by type of consumer ( $p>.05$ ). The relationship among physical symptoms, emotional distress, and smoked tobacco use indicators was analyzed through a path analysis. The result showed that time of consumption is the main predictor of physical symptoms in current consumers, and that physical symptoms are an important predictor of emotional distress.

### Discussion

Most of the tobacco users were between 18 and 29 years old, which is similar to previous results from general population in Mexico. It was observed, however, that regardless of the number of cigarettes smoked, the frequency of use, or other indicators of tobacco use, the time of consumption was the most important predictor of physical symptoms. This may be the result of the impact that long use has over health; thus it is confirmed that after 10 years of smoking subtle physical symptoms appear, and after 20 or 30 years major physical problems arise. This result becomes more important when considering the age of the first cigarette smoked, because subjects with 26 years of use have subtle symptoms while those with 36 would have more severe related symptoms. Although no direct association was found between consumption and emotional distress, an indirect one can be suggested because of the influence that consumption has over physical well-being. Thus it can be expected that as long as tobacco use continues and physical problems increase, there would be more emotional distress. Consequences of smoking can become a burden when related diseases appear because they imply money expenses in health care and family stress, which could have an impact on mental health. It would be important to consider the time of consumption as a relevant variable when studying smoking, as well as the frequency and amount of use to observe how these variables interact with emotional distress and physical problems in different populations. Accepting that any smoked tobacco use can be considered as abuse, then prevention is the topic that must be outlined in health programs because, as observed in this study, low levels of consumption do not prevent those with a long history of use to have more physical problems. On the other hand, the models presented here must be completed with other variables to know how the use and abuse of tobacco is related to other factors that influence physical and emotional well-being.

**Key words:** Smoked tobacco use, physical distress, mental health, workers.

### RESUMEN

#### Introducción

El consumo de tabaco es considerado un problema de salud pública en todo el mundo debido a la cantidad de enfermedades y muertes relacionadas con su uso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que 30% de los adultos son fumadores y, de éstos, aproximadamente cinco millones de personas morirán en un año. También se estima que para 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales siete de cada 10 ocurrirán en países en vías de desarrollo, como México, donde más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo y al menos 147 personas mueren diariamente.

Por otro lado, en la bibliografía se ha encontrado que el daño en el organismo por fumar comienza desde el primer cigarro, que a los 10 años se presentan síntomas sutiles en la función pulmonar y disminución de la tolerancia al ejercicio, y que es entre 20 y 30 años después cuando los síntomas hacen a un fumador tomar conciencia del daño a su salud.

En cuanto a la relación entre el uso de tabaco y la salud mental, ésta se evidencia por las consecuencias emocionales que conlleva padecer una enfermedad crónica.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo fue conocer la relación de problemas emocionales y malestares físicos con el consumo de tabaco en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana.

#### Método

La muestra estuvo conformada por 279 sujetos que laboraban en una empresa textil, en su mayoría jóvenes entre 18 y 27 años (54.5%), con escolaridad de secundaria (59.3%) y casados o en unión libre (65.6%). El instrumento utilizado incluyó las escalas de salud mental (MHI-5), malestares físicos (SCL-90) y consumo de tabaco. La aplicación del instrumento se realizó de manera grupal dentro de la empresa textil en que laboraban los sujetos.

#### Resultados

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a problemas de salud mental y síntomas físicos entre fumadores y no fumadores. Mediante un modelo de análisis de trayectorias, se analizó la relación existente entre síntomas físicos, problemas de salud mental e indicadores de consumo de tabaco. Se encontró así que el principal predictor de los síntomas físicos en fumadores es el tiempo que llevan consumiendo y que los síntomas físicos son un importante predictor de problemas de salud mental.

#### Discusión

Sin importar la cantidad de cigarrillos consumidos, la frecuencia de consumo ni otros indicadores de consumo elevado, el tiempo que se lleva consumiendo es un predictor importante del número de síntomas físicos que se manifiestan, lo que puede deberse a los efectos dañinos que tiene el consumo prolongado del tabaco. De este modo se confirma lo mencionado en otras investigaciones de que, después de los primeros 10 años de consumo, se presentan malestares físicos sutiles y que a lo largo de 20 o 30 años se presentaran malestares importantes.

Si bien no se encontró una relación directa entre consumo de tabaco y salud mental, se puede sugerir una relación indirecta derivada de la influencia que tiene el consumo sobre el plano del bienestar físico. En este sentido es de esperarse que, a medida que se continúe consumiendo tabaco y los malestares físicos aumenten, también se incrementen los problemas de salud mental.

Por otro lado, el modelo aquí presentado requiere ser completado incluyendo otras áreas que puedan influir sobre el bienestar físico y

mental. Sin embargo, se logró evidenciar la importancia que tiene el consumo de tabaco sobre el malestar físico, a la vez que aumenta la probabilidad de que se presenten más problemas en la salud mental de la población consumidora.

**Palabras clave:** Consumo de tabaco, síntomas físicos, salud mental, trabajadores.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, debido a la cantidad de enfermedades y muertes relacionadas con su uso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> reporta que 30% de los adultos del mundo son fumadores y, de éstos, aproximadamente cinco millones morirán en un año. Estudios prospectivos indican que, de continuar el consumo actual, para 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Siete de cada 10 ocurrirán en países en vías de desarrollo, como México, donde más de 53 mil personas fumadoras mueren al año y al menos 147 personas fallecen diariamente.<sup>2,5</sup>

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002 indican que, de la población de entre 12 y 65 años de áreas urbanas, 26.4% son fumadores activos; 7.1% son menores de 18 años y 37.9% tienen entre 18 y 29 años.<sup>2,5</sup> El número de consumidores activos se ha incrementado de nueve a catorce millones entre 1988 y 2002, de acuerdo con los datos obtenidos de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en los respectivos años. De éstos, 52% fuma diariamente y 61.4% comenzó a fumar cuando era menor de edad.<sup>2,4,5</sup>

Para determinar la dependencia a la nicotina, es preciso evaluar la magnitud del síndrome de abstinencia y la tolerancia producida por su uso constante.<sup>6</sup> El DSM-IV<sup>7</sup> menciona que presentar los siguientes síntomas asociados a la dependencia de la nicotina dificulta más dejar el hábito: fumar al levantarse, fumar cuando se está enfermo, dificultad para dejar de fumar, cuando el primer cigarrillo del día es el más difícil de dejar y fumar más por la mañana que por la tarde.

Sin embargo, para poder determinar los niveles de consumo (fumadores leves, moderados y fuertes), se debe considerar la cantidad de cigarrillos fumados, situaciones en que se fuma, consecuencias sociales que puede ocasionar fumar y consecuencias físicas que ocasiona el abuso de la nicotina.

Por otro lado, cuando una persona manifiesta tener algún malestar físico, las causas pueden ser innumerables. En cuanto a los efectos dañinos del consumo de tabaco, se ha demostrado que se manifiestan después de un tiempo de haberlo consumido. El daño por fumar comienza desde

el primer cigarrillo, en tanto que los síntomas que hacen a un fumador tomar conciencia del daño en su salud se presentan entre 20 y 30 años de iniciado el consumo; desde los 10 años se presentan síntomas sutiles en la función pulmonar y disminución de la tolerancia al ejercicio.<sup>8,9</sup>

Cuando una persona comienza a fumar, se presentan efectos agudos desagradables como náuseas, mareos, irritación de los ojos y garganta, ansiedad, temblores, dolores de cabeza de tipo tóxicos, zumbidos de oído, afectación del equilibrio, infecciones en las encías y halitosis. Se ha observado que estas consecuencias se asocian pocas veces al consumo de tabaco, lo cual se refuerza cuando se desarrolla tolerancia, con la que desaparecen algunos de estos efectos agudos. Es entonces cuando surgen los efectos placenteros que provoca el cigarro debido a que, al inhalar la nicotina, se presenta un proceso en el cerebro que estimula placenteramente al organismo.<sup>10,11</sup> Esto se percibe como un aparente aumento en la concentración, mejora en la ejecución psicomotora, alerta y activación, así como una reducción en la tensión y la ansiedad.<sup>12</sup> En otros estudios se encontró que el tabaco está asociado a la sintomatología depresiva en hombres, sobre todo cuando se tienen niveles altos de consumo de cigarrillos (un paquete o más).<sup>13</sup>

En cuanto a los efectos físicos, se ha encontrado que el consumo de tabaco se relaciona con enfermedades como bronquitis, enfisema y cáncer de pulmón.<sup>14</sup> Específicamente, el tabaquismo se ha asociado con la aceleración y agravamiento de padecimientos que afectan las arterias coronarias como angina inestable, infarto agudo del miocardio o muerte súbita. Del mismo modo, se le asocia con enfermedades cerebro-vasculares.<sup>3,15</sup>

Por otro lado, la relación entre uso de tabaco y salud mental se evidencia por las consecuencias emocionales que conlleva padecer una enfermedad crónica. Asimismo, las alternativas químicas para reducir el consumo, basadas en los efectos físicos que hacen que se desarrolle la adicción, tienen mejores resultados cuando se proporcionan estrategias de apoyo psicológico y social para los consumidores.<sup>8,11</sup>

Existe mayor prevalencia de tabaquismo entre pacientes psiquiátricos ambulatorios con diagnóstico de depresión mayor que en población general. Así mismo, los fumadores con intentos fallidos para dejar de fumar presentan alta prevalencia de historia de depresión mayor y las personas con dependencia a la nicotina presentan más casos de de-

presión mayor en comparación con personas que a pesar de ser fumadoras no son dependientes. Además, se ha encontrado que esta asociación guarda una relación directa con la gravedad de la dependencia a la nicotina.<sup>16</sup> Por otro lado, se ha observado que el uso de nicotina en pacientes depresivos aminora la gravedad del trastorno.<sup>8,11</sup>

También se ha encontrado que personas con un consumo regular de tabaco reportan con mayor frecuencia la presencia de un episodio depresivo mayor alguna vez en su vida.<sup>17</sup>

Debido a que el consumo de tabaco es una conducta que ha mostrado tener graves repercusiones en la salud física y una relación importante con la salud mental de los seres humanos, se ha convertido en un problema de salud pública, y es de este modo que surge la necesidad de conocer si existe relación entre el consumo de tabaco, la salud mental y la presencia de malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Población y muestra

La muestra utilizada para esta investigación es no probabilística de conveniencia, con sujetos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.<sup>18</sup> Se trabajó con 279 hombres que laboran en una empresa textil; 54% de éstos tenía entre 18 y 27 años de edad y 23.2%, entre 28 y 37 años. La mayor parte de los sujetos tenía estudios de secundaria o más (74%) y 65.6% refirió tener pareja (casados o en unión libre).

### Instrumento

Para recolectar los datos acerca del consumo de tabaco, se elaboró un cuestionario donde se incluyeron preguntas utilizadas en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, como: ¿Has fumado tabaco alguna vez en la vida?, ¿Has fumado en el último año?, ¿Has fumado en el último mes?, ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco la primera vez?, y En toda tu vida, ¿has fumado más de 100 cigarrillos?,<sup>19</sup> y edad de inicio de este hábito.<sup>5</sup>

Para el abordaje de la salud mental se aplicó el Inventario de Salud Mental de cinco reactivos (Mental Health Inventory, MHI-5) que detecta en su mayoría a las personas que presentan algún trastorno clasificable en el DSM-IV, como depresión, trastornos de ansiedad y afectivos generales no psicóticos.<sup>20-22</sup> El instrumento es de tamizaje y autoaplicable, y no permite concluir un diagnóstico con base en los resultados que arroja. Sin embargo, permite determinar si los sujetos a quienes se aplica presentan síntomas de un probable problema de salud mental.<sup>4</sup>

Los malestares físicos se midieron por medio de la subescala de somatización (cuadro 1) derivada de la escala

de síntomas de 90 reactivos (Symptoms Check List-90, SCL-90). Se consideró el número de molestias referidas por los sujetos en el mes anterior a partir del listado de 11 síntomas.<sup>21</sup>

Los tres instrumentos cuentan con adecuados niveles de confiabilidad y validez.<sup>23</sup> Finalmente, se incluyeron preguntas demográficas como edad, escolaridad y estado civil.

### Procedimiento

El cuestionario fue aplicado de manera grupal en un aula por entrevistadores previamente capacitados. La participación fue totalmente voluntaria; se solicitó la autorización verbal de los sujetos para responder al cuestionario. A éstos se les aseguró el anonimato, por lo que no se pedía su nombre, y se les explicó que se realizaría un reporte con resultados globales y que nadie conocería los resultados de forma individual, con lo que se garantizaba la confidencialidad de las respuestas. Se consideró un tiempo aproximado de dos horas para responder el cuestionario, proporcionándoles una copia del mismo y lápiz para responder. A quienes solicitaron conocer sus resultados los recibieron de manera personal. No se realizaron técnicas invasivas ni ningún tipo de intervención.

Se entregó un reporte global a la organización sindical con el propósito de concientizarlos acerca de la relevancia de los problemas de consumo de tabaco y salud mental entre los trabajadores afiliados a la misma.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.<sup>24</sup>

## RESULTADOS

Del total de la muestra, 74.6% había fumado tabaco alguna vez en su vida; 49.8% en el último año y 31.2% en los últimos 30 días. Para los fines de este estudio, se formaron dos grupos de acuerdo con lo obtenido en el autorreporte de consumo de tabaco. El primero corresponde a fumadores actuales, personas que mencionaron haber fumado en el

Cuadro 1. Sintomatología de malestares físicos

| Malestares físicos                               | Sí (%) |
|--|--------|
| Dolores de cabeza                                | 47.40  |
| Debilidad o mareo                                | 26.00  |
| Dolor en el corazón o el pecho                   | 21.00  |
| Náuseas o estómago revuelto                      | 27.37  |
| Dolor muscular                                   | 59.40  |
| Dificultad para respirar                         | 18.50  |
| Ataques de calor o frío                          | 13.00  |
| Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo | 22.80  |
| Sensación de peso en brazos y piernas            | 25.00  |
| Nudo en la garganta                              | 20.40  |
| Otra molestia                                    | 17.80  |
| $\bar{X} = 3.18, s=2.67$                         |        |

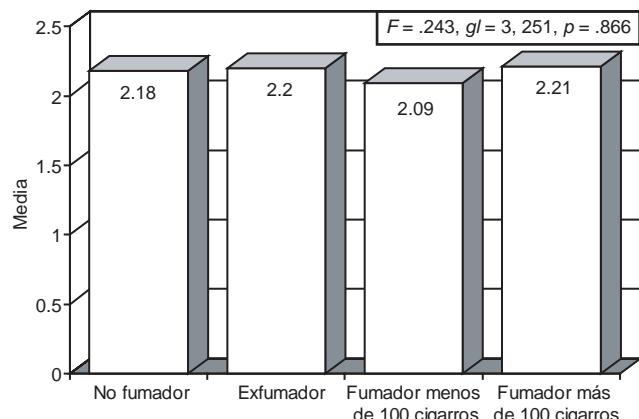


Figura 1. Problemas de salud mental por tipo de fumador

último año (50.9%), y el segundo a los no fumadores, actualmente con 48.4% de la población (este grupo incluye a quienes nunca han fumado y a ex fumadores).

Entre los fumadores actuales, se identificó a aquellas personas que habían consumido más de 100 cigarrillos en toda su vida (fumadores continuos) (58.3%) y sujetos que no habían consumido esa cantidad (fumadores experimentales) (41.7%).

En cuanto al estado general de síntomas físicos, 59.4% padece dolor muscular y 47.4%, dolores de cabeza (cuadro 1). Del total de la muestra, 17.6% presentó un nivel más alto de problemas de salud mental al clasificarse como casos, con un punto de corte de 15 o más (obtenido con la media de 10.84 más una desviación estándar 4.35 del MHI-5).

Los fumadores actuales indicaron que habían fumado en promedio nueve años y medio (con un rango de 0 a 29 años); a su vez, los fumadores experimentales reportaron en promedio 8.92 años consumiendo tabaco (1 a 29 años), y para los fumadores continuos el promedio fue de 9.98 años haciéndolo (0 a 27 años) ( $p > .05$ ).

La edad de inicio promedio de los fumadores actuales es de 16.43 años; no se encontraron diferencias significativas entre fumadores experimentales y continuos en la edad de inicio (16.61 y 16.30 años, respectivamente) ( $p > .05$ ).

En relación con la salud mental, calificada en una escala con valor mínimo de uno y máximo de seis, no se observaron diferencias ( $p > .05$ ) entre los diferentes tipos de fumadores, ni al compararlos con ex fumadores y no fumadores (figura 1). Este mismo hallazgo se observó al comparar el número de síntomas físicos por tipo de fumador ( $p > .05$ ) (figura 2).

Al analizar algunos de los principales indicadores de dependencia al tabaco entre los fumadores, se advierte que una proporción reducida (1.1%,  $n=3$ ) de trabajadores presenta tres o más síntomas de dependencia al tabaco, de acuerdo con el DSM-IV para poder considerar un criterio de dependencia (cuadro 2).

Por otro lado, mediante un análisis de trayectorias, se analizó la relación existente entre los síntomas físicos, sa-

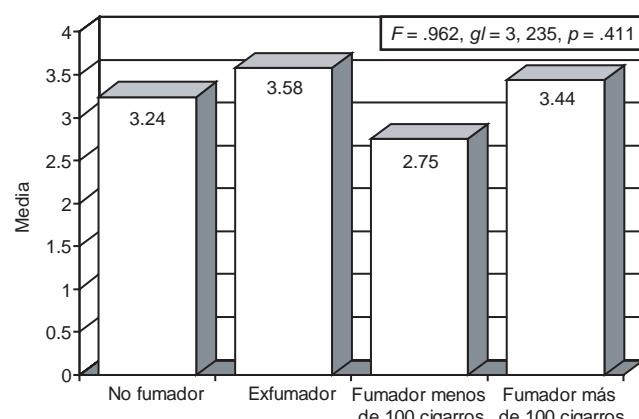


Figura 2. Número de síntomas físicos por tipo de fumador

lud mental e indicadores de consumo de tabaco para el grupo de fumadores actuales. Se encontró que el principal predictor de los síntomas físicos lo representa el tiempo que llevan consumiendo. Los síntomas físicos, como más dolores de cabeza, de espalda, adormecimiento en las extremidades, etc., predicen de manera importante los problemas de salud mental (figura 3).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de los fumadores tiene entre 18 y 29 años, similar a lo encontrado en reportes previos con población general en México.<sup>5</sup>

Sin importar la cantidad de cigarrillos consumidos, la frecuencia de consumo ni otros indicadores de consumo elevado, el tiempo que se lleva consumiendo es un predictor importante del número de síntomas físicos que se manifiestan, situación que puede deberse a los efectos dañinos que tiene el consumo prolongado del tabaco. De este modo se confirma lo mencionado en otra investigación de que después de los primeros 10 años de consumo se presentan malestares físicos sutiles y que a lo largo de 20 o 30 años se presentan malestares físicos importantes.<sup>9</sup>

Especificamente en esta población, la media de edad de inicio fue de 16.43 años, por lo que se podría pensar que los sujetos de alrededor de 26 años presentan síntomas sutiles asociados al uso de tabaco y que a los 36 comienzan a presentar síntomas más serios relacionados con su consumo.<sup>5</sup>

Otro dato importante es que, independientemente de la cantidad y la frecuencia del uso de tabaco, éste es un riesgo a largo plazo de presentar malestares físicos. Se es-

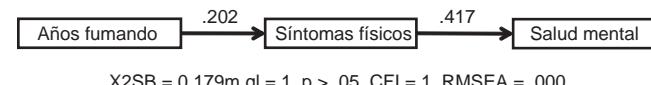


Figura 3. Relación entre síntomas físicos, problemas de salud mental y consumo de tabaco

**Cuadro 2.** Principales indicadores de dependencia por tipo de fumador

|  | Fumado<br>< de 5 cajetillas |         | Fumado<br>> de 5 cajetillas |         | Fumador<br>actual |       |
|--|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|-------------------|-------|
|  | n = 58                      | (41.7%) | n = 81                      | (58.3%) | (n = 139)         |       |
| f  | %                           | f       | %                           | f       | %                 |       |
| <b>¿Cuándo fuma más?</b>                             |                             |         |                             |         |                   |       |
| Otros momentos del día                               | 54                          | 93.10   | 78                          | 96.30   | 132               | 94.96 |
| Por la mañana  | 4                           | 6.90    | 3                           | 3.70    | 7                 | 5.04  |
| <b>Tiempo que tarda en prender su primer cigarro</b> |                             |         |                             |         |                   |       |
| Más de una hora después de despertar                 | 57                          | 98.28   | 78                          | 96.30   | 135               | 97.12 |
| En la primera hora después de despertar              | 1                           | 1.72    | 3                           | 3.70    | 4                 | 2.88  |
| <b>Cigarrillo que menos le gusta perderse</b>        |                             |         |                             |         |                   |       |
| Cualquier otro                                       | 53                          | 91.38   | 76                          | 93.83   | 129               | 92.81 |
| El de la mañana                                      | 5                           | 8.62    | 5                           | 6.17    | 10                | 7.19  |
| <b>Fuma aunque esté en cama enfermo</b>              |                             |         |                             |         |                   |       |
| No   | 58                          | 100.00  | 80                          | 98.77   | 138               | 99.28 |
| Sí   | —                           | —       | 1                           | 1.23    | 1                 | 0.72  |
| <b>Frecuencia uso de tabaco</b>                      |                             |         |                             |         |                   |       |
| Menos de 1 vez al mes                                | 36                          | 62.07   | 11                          | 13.92   | 47                | 34.31 |
| Mensualmente   | 12                          | 20.69   | 6                           | 7.59    | 18                | 13.14 |
| Semanalmente   | 9                           | 15.52   | 35                          | 44.30   | 44                | 32.12 |
| Diario   | 1                           | 1.72    | 27                          | 34.18   | 28                | 20.44 |
| <b>Número de cigarros diarios</b>                    |                             |         |                             |         |                   |       |
| Menos de 16  | 42                          | 100.00  | 68                          | 93.15   | 110               | 95.65 |
| 16-25  | —                           | —       | 4                           | 5.48    | 4                 | 3.48  |
| Más de 25  | —                           | —       | 1                           | 1.37    | 1                 | 0.87  |

peraría que en una población con un uso elevado de tabaco o dependiente, la relación entre años de consumo y malestares físicos fuese más elevada. Por otro lado, la utilidad de indicadores como la cantidad y la frecuencia de uso de tabaco se da en el sentido de poder catalogar a los fumadores por niveles como fuertes, moderados o leves. En esta línea es importante recordar que en cuestión de tabaco cualquier uso es abuso.<sup>2,6,15,25</sup>

Aunque no se encontró una relación directa entre consumo de tabaco y salud mental, se puede sugerir una relación indirecta derivada de la influencia que tiene el consumo sobre el plano del bienestar físico. En este sentido es de esperarse que, a medida que se continúe consumiendo tabaco y aumenten los malestares físicos, también se incrementen los problemas en la salud mental de los consumidores por las consecuencias que conlleva padecer una enfermedad crónica, como cubrir gastos de hospitales y el estrés que ocasiona a la familia y al individuo.<sup>1,26</sup>

Se sugiere entonces considerar el tiempo de consumo como una variable importante dentro de una medición de consumo de tabaco, y tomar en cuenta indicadores en cuanto a frecuencia y cantidad de uso para poder observar cómo se comportan estas variables en conjunto con la salud mental y los malestares físicos en otras poblaciones.

Por otro lado, los modelos aquí presentados requieren ser completados incluyendo otras áreas que puedan influir sobre el bienestar físico y mental. Sin embargo, se logró evidenciar la importancia que tiene el consumo de tabaco so-

bre el malestar físico y mental en la población consumidora.

Por último, la idea de que al hablar de tabaco se tiene que considerar cualquier uso como abuso<sup>2,6,15,25</sup> debe resaltarse en los programas dirigidos a la prevención del consumo del tabaco, ya que, como observamos con la muestra estudiada, aunque se consume una cantidad menor de cigarrillos, esto no impide que quienes llevan más tiempo fumando presenten un mayor número de síntomas físicos. Esta situación debe considerarse para evitar comenzar con un hábito que a la larga generará diversos problemas para los consumidores y quienes los rodean.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue apoyada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (4550) y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (42260-H).

Al psicólogo José Alberto Jiménez Tapia por su apoyo para la elaboración de este artículo.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Recuperado el 12 de julio de 2006, de [www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_ch1_es.pdf), 2004.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. Consejería en tabaquismo. Recuperado 10, julio, 2006, de <http://www.conadic.gob.mx/publicaciones/>, 2005.
- De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México: Fondo de Cultura Económica;1997.

4. Lara M, Navarro C, Mondragón L, Rubí A, Lara C. Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. Salud Mental 2002;25;(6):13-20.
5. Tapia R, Kuri P, Cravioto P, González J, Hoy M et al. Situación del consumo de tabaco en México. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003 México: CONADIC; 2005; p. 63-69.
6. Tapia R. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno; 1994.
7. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. López-Ibor JJA (Trad.). Barcelona: Masson;1995.
8. Chávez C, López J, Regalado J, Espinosa M. Consumo de tabaco, una enfermedad social. Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias 2004;17:204-214.
9. Giraldo G, Sierra C, Giraldo F, Valdelamar F, Ramírez A et al. Impacto del tabaquismo en el rendimiento físico. Resultados de la IV Carrera contra el Tabaco. Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias 2001;14:215-219.
10. Abascal G, Acosta C, Crespo T. Drogadicción: reto médico a este flagelo en la Facultad de Ciencias. Facultad de Ciencias Médicas «Dr. Ernesto Guevara de la Serna». Recuperado el 20 de noviembre de 2006, de <http://www.buenasalud.com/termino/>, 2004.
11. National Institute on Drug Abuse: Serie de reportes de investigación: adicción a la nicotina. Recuperado el 12 de julio de 2006, de: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Nicotina/Nicotina2.html>, sin fecha.
12. Becoña E, Palomares A, García M. Tabaco y salud guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Pirámide; 1994.
13. Benjet C, Wagner F, Borges G, Medina-Mora ME. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. Psychological Medicine 2004;34:881-888.
14. Cicero R, Staines L, Cicero P. El consumo de tabaco. Desde los mayas al siglo XXI. Algunos puntos de vista. Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias 2003;16:103-107.
15. Kuri P, Alegre J, Mata P, Hernández M. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Salud Pública México 2002;44:29-33.
16. Santander J, Seijas D, Jiménez M. Tabaquismo y morbilidad psiquiátrica. Cuadernos de neurología. Recuperado el 20 de noviembre de 2006, de [http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/1999/pub\\_02\\_99.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/1999/pub_02_99.html), 1999.
17. Glassman H, Helzer E, Covey S, Cottler B, Stetner F et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA 1990;264:1546-1549.
18. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill; 2000.
19. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local. México: Estudios para Grupos Especiales Relacionados con las Adicciones; 2003.
20. Brunier G, Graydon J, Rothman B, Sherman C, Liadsky R. The psychological well-being of renal peer support volunteers. J Advanced Nursing 2002;38:40-49.
21. Lara C, Espinosa I, Cárdenas L, Fócil M, Cavazos J. Confidabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. Salud Mental 2005;28:42-50.
22. Wyshak G. Women's college physical activity and self reports of physician – diagnosed depression and of current symptoms of psychiatric distress. J Women's Health Gender Based Medicine 2001; 10:363-370.
23. Cruz C, López L, Blas C, González L, Chávez R. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. Salud Mental 2005;28:72-80.
24. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows versión 11.5 en español [Software de computadora]. Chicago: SPSS, Inc.; 2000.
25. Fernández IH, Escobedo J, Hernández D, Tudón H, Ramírez JD et al. Consumo de tabaco en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública México 1997;39:125-132.
26. Salin-Pascual J. Nicotina antidepressant effects as a predictor of response to Desimipramine or Flouoxetine in non-smoking major depressed patients. Salud Mental 2002;25:16-20.