

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, MEDICAS Y PSICOLOGICAS RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO DE FUMAR Y CON LOS INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR EN UNA MUESTRA COMUNITARIA. ¹

Miguel Richart Martínez ^a

Julio Cabrero García ^a

Natalia Sancho García ^b

Abilio Reig Ferrer ^c

^a Departamento de Enfermería. UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

^b Gabinete de Psicología. Ayuntamiento de L'Alcudia de Crespins (Valencia).

^c Departamento de Psicología de la Salud. UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

RESUMEN

Se estudia la relación entre variables sociodemográficas, médicas y psicológicas y el comportamiento de fumar y los intentos de dejar de fumar. La muestra (n=291) se ha extraído al azar de una población comunitaria rural de 4300 habitantes. Todas las variables se han medido con un único cuestionario, a través de entrevista personal domiciliaria. Mediante análisis discriminantes las variables sexo, consumo de bebidas alcohólicas y el uso de medicamentos son las que más explican estadísticamente el comportamiento de fumar. Sorprendentemente, sólo una variable, haber visitado al médico en los últimos 12 meses, se

1. Investigación subvencionada por el Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert". Diputación Provincial de Alicante.

asoció, bivariadamente, con los intentos de dejar de fumar, y no se procedió, lógicamente, con el análisis multivariante. Por último, se discuten los hallazgos a la luz de la literatura internacional y nacional.

Palabras Clave: CONDUCTA DE FUMAR, INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR, VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, VARIABLES PSICOLOGICAS, VARIABLES MEDICAS, MUESTRA COMUNITARIA.

SUMMARY

Sociodemographical, medical and psychological variables and its relation with smoking behavior and attempts at smoking cessation were studied. The subjects (n=291) were chosen at random from a little community. A questionnaire was employed and administered by interview in household. The discriminant analysis showed that sex, alcohol intake and use of medicines explained the most of variance from smoking behavior. However, only one variable, visiting to physician at last twelve months, showed association with attempts at smoking cessation, and not discriminant analysis proceeded.

Key Words: SMOKING BEHAVIOR, ATTEMPTS AT SMOKING CESSATION, SOCIODEMOGRAFICAL, MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL VARIABLES, COMMUNITY SAMPLE.

INTRODUCCION

El objetivo de nuestra investigación es estudiar, en una muestra comunitaria, algunas de las variables sociodemográficas, psicológicas, conductuales y médicas que la bibliografía informa como relacionadas con el comportamiento de fumar y con los intentos de dejar de fumar. A continuación se hace un repaso de esta literatura.

Un nutrido grupo de estudios ha mostrado la influencia importante que ejercen las *variables sociodemográficas* como determinantes del comportamiento de fumar. El sexo, la edad, la clase social (frecuentemente medida por el nivel de renta, el nivel educativo o la ocupación laboral) y la procedencia rural o urbana, han mostrado una fuerte asociación con los

patrones de cambio en el consumo de tabaco (Kaprio y Koskenvuo, 1988; Pierce, 1989; Blaxter, 1990; CIS, 1990). Se observan, además, interesantes interacciones entre las mismas (McGinnis, 1987). A pesar de que los hombres, de todas las edades, fuman más que las mujeres, se inicia un descenso en el consumo de tabaco en los hombres de mayor nivel socioeconómico, mientras que en las mujeres de su mismo nivel social el consumo se mantiene o aumenta. Esta tendencia es clara en países como EEUU (Pierce, 1989) y empieza a observarse en algunas zonas de nuestro país (CIS, 1990).

También se ha encontrado una fuerte asociación, en similar tendencia, entre las variables sociodemográficas y la búsqueda de ayuda para dejar de fumar, el número de intentos de abandono del hábito y el mayor o menor éxito de su abandono definitivo (Kabat et al. 1987; Marlatt et al. 1988; Fiore et al. 1990; Hall et al. 1990).

Algunos investigadores han intentado mostrar si, de alguna manera, existen *patrones definidos y consistentes de estilos de vida saludables o no saludables*. En este sentido cabe esperar que quienes fuman frente a los que nunca han fumado o han abandonado el hábito mostrarán un estilo de vida menos saludable, es decir, incorporarán en su repertorio conductual otras conductas no saludables. Esta idea ha sido confirmada tenuemente.

Entre las personas que duermen menos, toman píldoras tranquilizantes y realizan menos ejercicio se encuentra un número mayor de fumadores que de no fumadores (Kaprio y Koskenvuo, 1988). Lo mismo sucede entre las personas que conducen estando ebrios y que usan menos el cinturón de seguridad (Remington, 1985).

Aunque no cabe hablar de un patrón uniforme de buen o mal estilo de vida, los datos sí permiten pensar en un patrón conductual de uso múltiple de sustancias adictivas, tal y como han encontrado Carmody et al. (1985). El consumo de tabaco aparece frecuentemente ligado al consumo de café (Itsvan y Matarazzo, 1984; Richart y Cabrero, 1988; Kaprio y Koskenvuo, 1988) y, especialmente, al consumo de bebidas alcohólicas (Itsvan y Matarazzo, 1984; Richart y Cabrero, 1988; Kaprio y Koskenvuo, 1988; Remington, 1985). La relación entre consumo de tabaco y alcohol se pone de manifiesto, también, cuando se estudian las variables que determinan las recaídas. Estas ocurren más en situaciones sociales en las que se consume alcohol (en el bar con los amigos, comiendo o de celebración, etc.) (Baer y Lichtenstein, 1988; Shiffman, 1989).

El peso de las variables sociodemográficas en relación a la conducta de fumar, ya comentado, influye en la determinación de patrones de estilos de vida más o menos saludables. Estudios como el de Blaxter (1990) han mostrado que la presencia conjunta de diferentes conductas no saludables es más frecuente en los varones jóvenes-adultos de las clases manuales. Sus datos muestran diferentes perfiles de estilos de vida, entre hombres y mujeres y entre diferentes grupos de edades.

Fiore et al. (1990) han encontrado que la mayoría de personas que dejan de fumar lo hacen por sí mismas y que sólo los grandes fumadores suelen buscar ayuda especializada para abandonar el hábito. Los primeros consiguen tasas de éxito al año que oscilan entre el 20% y el 40%, tasas en general por encima de la media de los que reciben ayuda especializada (lógicamente hay variaciones en los tipos de tratamiento, y unos son más efectivos que otros). Al estudiar cómo influyen la *historia y las características del comportamiento de fumar* (nº de cigarrillos, edad de comienzo, intentos de abandono, etc.) sobre los intentos para dejar de fumar y sobre el éxito de los mismos, los datos actuales parecen mostrar un influjo diferencial en distintas edades. En los hombres jóvenes (entre 20 y 23 años) y en las mujeres se ha encontrado que, los que fuman menor cantidad de cigarrillos y durante menor tiempo, intentan abandonar el hábito más veces (Kabat y Winder, 1987; Kaprio y Koskenvuo, 1988). A mayor edad y a mayor consumo de tabaco (más de 40 cigarrillos por día) mayor es el número de intentos para dejar de fumar, y a mayor número de intentos, mayores son las probabilidades de abandono definitivo del hábito y menor probabilidad de recaída en el consumo de tabaco (Prochaska y Diclemente, 1983; Pallonen et al. 1990).

Las *variables psicológicas* constituyen otro gran grupo de factores que se han estudiado en su relación con la conducta de fumar. A nuestro juicio es aquí donde existen más resultados contradictorios. Los estudios con grandes muestras han utilizado frecuentemente medidas monoítem para estas variables (estrés, creencias de salud, etc.) y los estudios realizados con instrumentos más sensibles y con una fiabilidad y validez probadas se han aplicado a muestras generalmente reducidas y referidas a poblaciones muy concretas (grandes fumadores, etc.) por lo que la generalización de los resultados es problemática. Asimismo, muchas de las conclusiones sobre el peso de alguna de estas variables (estrés) se han obtenido con diseños retrospectivos, a partir de entrevistas mantenidas por teléfono con per-

sonas que participaban en "líneas calientes" para dejar de fumar, por lo que la validez de las conclusiones es dudosa.

Dar una visión resumida de la influencia del *estado emocional* sobre el comportamiento de fumar no es una empresa fácil. Han sido muchas las formas de medir esta variable. En unos estudios se han medido rasgos psicológicos (neuroticismo, ansiedad rasgo, etc.), en otros se han registrado estados (ansiedad estado, estresores situacionales, etc.); otros han distinguido entre estado afectivo positivo y negativo; otros han utilizado inventarios de síntomas, o escalas para medir estresores ligados a contextos concretos (familia, trabajo, etc.), o instrumentos para evaluar molestias crónicas de la vida diaria ("hasless").

A pesar de esta diversidad, se puede apreciar, en primer lugar, que el peso de las variables de estado emocional, en relación al comportamiento de fumar, desciende cuando en los estudios entran en juego otras variables, especialmente las sociodemográficas y también las referidas a la historia del hábito; en segundo lugar, la influencia de las variables de estado emocional varía en función del diseño usado en el estudio (Hall et al. 1990).

Referente a lo primero, Karpio y Koskenvuo (1988) encuentran diferencias en neuroticismo entre fumadores, exfumadores y personas que nunca habían fumado, pero al realizar un análisis discriminante en el que se incluían, además, variables sociodemográficas y de historia del hábito, el neuroticismo quedó relegado a la última posición, no entrando en la función discriminante. En el contexto de los estudios que han intentado mostrar la relación entre determinadas variables y las recaídas en el consumo de tabaco después de haber abandonado el hábito, los factores sociales juegan un papel determinante frente a variables de estado emocional, tal y como han mostrado los trabajos de Shiffman (1989).

En cuanto al efecto del *diseño* usado, en los estudios retrospectivos se suelen encontrar relaciones entre conducta de fumar (recaída o no) y estado emocional, ligado o no a situaciones sociales (Marlatt y Gordon, 1980; Shiffman, 1982, 1986, 1989; Baer y Lichtenstein, 1988); en los estudios prospectivos, en cambio, no se encuentra dicha relación (Baer y Lichtenstein, 1988; Cohen y Lichtenstein, 1990). En investigaciones en las que se ha efectuado, conjuntamente, análisis retrospectivos y prospectivos, se ha evidenciado este efecto, atribuible al diseño (Hall et al. 1990).

Un tipo de estrés, el ocasionado por las molestias crónicas de la vida diaria ("hassles" según la acuñación de Kanner et al. 1981), en concreto las

ligadas al ambiente de trabajo, sí ha mostrado relaciones con el comportamiento de fumar (Conway et al. 19881; Westman et al. 1985; Green y Johnson, 1990). Determinadas demandas laborales (trabajo inquieto y febril, exposición a ruidos y gases, incentivación por piezas, monotonía, etc.) (Johanson et al. 1991), el tipo de trabajo (monotonía), lugar de trabajo (al aire libre o en lugar cerrado) y los periodos de desempleo (Kaprio y Koskenvuó, 1988) se relacionan con el comportamiento de fumar, aunque de modo diferente en ambos sexos. También, la presión en el ambiente de trabajo favorece las recaídas después de un periodo de abstinencia (Sorensen y Pechacek, 1986; Shiffman, 1989).

Referente a las *creencias de salud*, a pesar de que tanto el modelo de creencias de Janz y Becker (1984) como la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) incluyen la percepción de riesgo y la vulnerabilidad percibida como variables que afectan a las conductas de salud, y de que ambos modelos sugieren que a mayor percepción de riesgo, mayor probabilidad de que las personas emprendan acciones protectoras de salud, entre ellas dejar de fumar, sabemos que, aunque en general los fumadores conocen los riesgos que para la salud implica la conducta de fumar, tienden a infraestimarlos (Hansen y Malotte, 1986; Mattson et al. 1987).

Algunos estudios han encontrado diferente percepción de riesgo entre las personas que fuman y las que han abandonado el hábito, y entre no fumadores y personas que fumaban mucho o poco tabaco (Warnecke et al. 1975; Eiser et al. 1985; Feldman y Richard 1986; Castro et al. 1989). Otros autores han encontrado que la percepción de riesgo se asocia a la búsqueda de ayuda profesional para dejar de fumar (Gibbons et al. 1991). Hay, sin embargo, estudios que no encuentran ninguna relación (Kaufert et al. 1986).

Pederson (1984) encontró que las creencias de salud podían modular el nivel de miedos y activación (arousal) que incitaba a dejar de fumar, pero no existía una relación directa con dicha conducta. Es probable que, como comenta Kirscht (1988) en su revisión, los factores cognitivos (como las creencias de salud), que sí predicen la predisposición al cambio (Eiser et al. 1985), ejerzan poca influencia sobre las acciones que día a día han de realizarse para modificar la conducta de fumar.

Un efecto más claro se observa al estudiar la influencia que las *atribuciones internas* (creencia de que uno es capaz de conseguir cambiar alguno de sus conductas para mejorar la propia salud) y ciertas estrategias

de afrontamiento ejercen sobre el mantenimiento de la abstinencia una vez se ha abandonado el hábito (Harackiewicz et al. 1987; O'Connell y Martin, 1987).

Para finalizar este apartado señalar que más que las creencias de salud, son los *problemas reales de salud* los que influyen sobre el comportamiento de fumar. Kaprio y Koskenvuo (1988) encontraron que las personas que habían abandonado este hábito habían tenido con anterioridad más problemas respiratorios, falta de aliento (breathlessness), angina de pecho, bronquitis, enfisema, infarto de miocardio y úlcera péptica. El embarazo también ha sido aducido por mujeres como motivo para abandonar el consumo de tabaco (Feldman y Richard, 1986).

Visto este vasto panorama y dado que son pocos los estudios que en nuestro país intentan relacionar un conjunto de variables sociodemográficas, psicológicas, conductuales (historia del hábito, estilos de vida) con el comportamiento de fumar, nos proponemos con este estudio conocer su relación con la conducta de fumar y con los intentos de abandono de dicho hábito, todo ello, sobre una muestra comunitaria de ámbito rural.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo forma parte de otro más amplio destinado a realizar un diagnóstico comunitario dentro del marco de la nueva salud pública (Asthon y Seymour, 1989) y de su concreción a nivel municipal con el proyecto "Ciudades Saludables". A tal efecto y como parte del diagnóstico de salud, se realizó una encuesta comunitaria en un municipio de 4.300 habitantes de la Comunidad Valenciana.

Sujetos

La extracción muestral se realizó por un proceso aleatorio simple, a partir de las listas del padrón de habitantes de 1986. La población de referencia estuvo constituida por las personas mayores de 18 años. El tamaño de la muestra fue de 291 sujetos, que en el peor de los casos ($p=q$) supone un error muestral de ± 6 , con un nivel de confianza de 95%.

Las descripciones de la muestra se puede observar en la tabla número 1:

TABLA 1.- Descripción de la muestra

VARIABLES	n	%
a) Sexo: varones:	132	45,4%
mujeres:	159	54,6%
b) Edad: media= 45,39 años (dt=20,32).		
c) Renta familiar:		
menos de 50.000 pts al mes	48	16,5%
de 50 a 99.000 " " "	122	41,9%
de 100 a 149.000 " " "	77	26,5%
de 150 a 199.000 " " "	30	10,3%
de 200 a 248.000 " " "	12	4,1%
de 250 a 299.000 " " "	1	0,3%
300.000 pts o más	1	0,3%
d) Estado civil:		
casados:	187	63,9%
solteros:	80	27,5%
separados:	3	1%
divorciados:	2	0,7%
viudos:	19	6,5%
e) Estudios:		
no saben leer ni escribir:	20	6,9%
saben leer y escribir:	77	26,5%
estudios primarios	95	32,6%
Bachiller Elemental, EGB	65	22,3%
B. Superior, FP.	25	8,6%
universitarios medios	4	1,4%
universitarios superiores	5	1,7%
f) Situación laboral:		
trabajo estable	102	35,4%
trabajo temporal	36	12,4%
parado con subsidio	13	4,5%
parado sin subsidio	4	1,4%
trabajo en casa remunerado	8	2,7%
sus labores	71	24,4%
jubilados y pensionistas	43	15,1%

	parados con trabajos eventuales	8	3%
	estudiantes	7	2,4%
g) Ocupación principal:			
	no trabaja	108	37,1%
	profesional (médico...)	4	1,4%
	intermedio (ATS, maestro..)	5	1,7%
	especializado no manual	18	6,2%
	especializado manual	25	8,6%
	semiespecializado	16	5,5%
	no especializado	115	39,5%

Variables

Las variables fueron medidas mediante ítems únicos, salvo en el caso de tres variables, en las que se emplearon varios ítems para determinar un índice. Los ítems tenían un formato de respuesta cerrado.

Las variables que se relacionaron con la conducta de fumar y con los intentos de dejar de fumar fueron: salud percibida, creencia sobre si se puede o no hacer algo por mantener y mejorar la propia salud, seguir dieta, horas de sueño, actividad física laboral, horas de trabajo al día, ejercicio físico regular, consumo de vino, consumo de cerveza, consumo de combinados, consumo de licores, influencia del tabaco en la salud, opinión sobre la prohibición de fumar en lugares públicos, utilización del cinturón de seguridad, consumo de medicamentos en las dos últimas semanas, horas libres a la semana, tipo de ocio, intención de participación en actividades comunitarias, clima laboral (cuatro ítems dicotómicos: problemas en las relaciones con los compañeros, estar a gusto en el trabajo, aburrimento con la actividad y deseos de cambio de trabajo), adaptación (cinco ítems dicotómicos: cambios frecuentes en el humor, estar contento y alegre frecuentemente, frecuencia de aburrimento, de enfado y presencia de ideas que no permiten dormir tranquilamente), clima familiar (tres ítems dicotómicos: interés de la familia por las cosas de uno, ayuda proporcionada por la familia y posibilidad de hablar de las cosas de uno con su familia), sentirse solo, estar deprimido, síntomas/enfermedades (colesterol, etc. hasta un número de 11) y tiempo desde la última visita al médico. A estas variables se les deben de unir las de la tabla 1.

Para medir la variable "conducta de fumar" se consideraron tres niveles: fumar, no fumar en la actualidad pero haber fumado con anterioridad y no haber fumado nunca. Para medir la variable "intentos de fumar" se consideraron dos niveles, haberlo intentado o no en el último año.

Procedimiento

Se usó un cuestionario administrado por entrevista domiciliaria. Los entrevistadores fueron estudiantes universitarios de la propia localidad, que recibieron un entrenamiento previo. Se estableció un protocolo de entrevista y de visitas al domicilio de los sujetos de la muestra, con objeto de aumentar la fiabilidad de los datos y minimizar el reemplazamiento muestral. Los entrevistadores mantuvieron contacto repetidas veces con los diseñadores del estudio a lo largo del trabajo de campo, que se realizó durante la primavera de 1990.

Diseño

Todas las variables han sido medidas en un único punto temporal por lo que, aunque haya variables que suponen un rastreo en la memoria de los sujetos, el diseño de la investigación es transversal, de ahí que no puedan extraerse conclusiones causales, si bien se hace un esfuerzo de control estadístico a través del análisis multivariante.

Análisis estadístico

Para las diversas variables se realiza su determinación descriptiva, calculando para las variables medidas por intervalos iguales y las ordinales su valor medio (media) y su dispersión (s), y para éstas y las nominales, sus distribuciones de frecuencias. Posteriormente se analiza bivariadamente la colección de variables en función de la variables conducta de fumar (tres niveles) e intentos de dejar de fumar (dos niveles). Atendiendo a la naturaleza escalar de la variables a relacionar con estas últimas se emplea el análisis de varianza en un sentido y el test de Scheffé de comparaciones múltiples, y en los restantes el análisis de tablas de contingencia con el estadístico "ji cuadrado" de Pearson.

Por último y a partir del análisis bivariado y su significado conceptual, se efectúa una búsqueda de las mejores combinaciones lineales de variables que discriminen los grupos definidos por las variables conducta de fumar e intentos de abandono del hábito. La estrategia escogida es el análisis discriminante.

La bondad del modelo se juzgará a partir de la Lambda de Wilks que expresa la discriminación residual en el sistema previa a la derivación de una función. Es una medida multivariada de diferencias de grupo, y puede convertirse en un test de significación mediante su conversión en una aproximación a una distribución F o Ji Cuadrado.

En el procesamiento estadístico de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS-PC+, versión 3.0.

RESULTADOS

La prevalencia del comportamiento de fumar es del 40% (n=115), un 13% (n=40) son exfumadores, y el resto, el 47% (n=136), no ha fumado nunca. El 55% (n=63) de los fumadores ha intentado dejar de fumar en el último año, y el 45% (n=51) no lo ha intentado.

Los análisis de varianza entre la variable conducta de fumar y las variables continuas y casicontinuas (tabla 2) muestran que la edad y el consumo de las siguientes bebidas alcohólicas: vino, cerveza, licores y combinados, se asocian con niveles de significación estadística inferiores al 0,01 en todos los casos. Las pruebas subsiguientes de comparaciones múltiples entre medias informan que el grupo de fumadores se diferencia de los dos grupos restantes, exfumadores y no fumadores, en unas variables (edad, consumo de combinados), y en otras (consumo de vino, cerveza y licores), se diferencia del grupo de no fumadores. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de exfumadores y no fumadores, pero dado que no es homogéneo el patrón de diferencias que mantienen ambos grupos con el de fumadores, es recomendable seguir considerando a los tres grupos de modo independiente en el análisis multivariado.

Las variables categóricas que se han asociado estadísticamente con la variable conducta de fumar (tabla 2) han sido: sexo, creencias de salud, opinión sobre la prohibición de fumar, ejercicio físico regular, seguir dieta y consumo de medicamentos. Estas variables junto con las anteriores se

seleccionaron para su entrada en los distintos análisis discriminantes que se realizaron sobre la variable conducta de fumar.

TABLA 2.- Variables que han mostrado asociación estadísticamente significativa con la variable "conducta de fumar"

Variable	F	X ²	p	Scheffé ^{ab}
- Edad	8.07		<0.001	1-2/1-3
- Consumo de vino	6.39		<0.01	1-3
- Consumo de cerveza	17.43		<0.001	1-3
- Consumo de licores	4.68		<0.01	1-3
- Consumo de combinados	14.23		<0.001	1-2/1-3
- Sexo		66.84	<0.001	
- Creencia de que puede hacer algo para mantener su salud		10.99	<0.05	
- Seguir dieta		10.72	<0.01	
- Ejercicio físico regular		9.23	<0.01	
- Prohibición de fumar		13.78	<0.01	
- Consumo de medicamentos en dos últimas semanas		17.86	<0.001	

^a 1=fumadores, 2=exfumadores, 3=no fumadores.
^b p<0.05.

No han mostrado asociación estadística con el comportamiento de fumar las variables siguientes: renta familiar, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, ocupación principal, salud percibida, horas de sueño al día, actividad física laboral, horas de trabajo al día, influencia del tabaco en la salud, utilización del cinturón de seguridad, horas libres a la semana, tipo de ocio, intención de participar en actividades comunitarias, clima laboral, adaptación, clima familiar, sentimiento de soledad, sentirse deprimido, tiempo desde la última visita al médico y el conjunto de problemas de salud (enfermedades de las articulaciones, problemas en la boca, etc.).

Con respecto a la variable "intentos de fumar", sólo ha arrojado un valor significativo la X² de Pearson ($p < 0,05$) para la asociación con haber ido al médico en los doce últimos meses por motivos de salud.

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se han realizado cuatro análisis discriminantes (AD) sobre la variable "conducta de fumar" y ninguno sobre la variable "intentos de fumar", ya que sólo se detectó una asociación significativa (visita al médico en el último año). En los cuatro casos el orden de entrada de las variables fue "stepwise", siguiendo el criterio de la minimización de la Lambda de Wilks. En los tres primeros AD se consideran separadamente variables médicas, estilos de vida (incluyéndose actitudes hacia el consumo de tabaco y la creencia sobre si puede o no hacer algo por mantener o mejorar la salud), y variables sociodemográficas. Todas las variables incluidas mostraron previamente una asociación significativa en los análisis bivariados.

En la tabla número 3 aparece un resumen de los resultados del primer análisis discriminante, donde las variables dependientes son las variables médicas.

TABLA 3.- Análisis discriminante 1

a/ Variable	L.Wilks	p	R ²
Seguir dieta	,9345	,0000	7
Tomar medicamentos	,9094	,0000	2
Visitar médico	,9007	,0000	1

b/ Función canónica discriminante.

Función	valor propio	%varianza	r canónica	A	Lambda
1	,1066	96,97	,03103	0	,9007
2	,0033	100,00	,0576	1	,9967

gl sig A= después de la función.

6	,0000
2	,6210

c/ Coeficientes tipificados.

Variable	F1	F2
Seguir dieta	,69785	,13099
Tomar medicamentos	,49785	-,66958
Visitas médicas	,28005	,81943

Puede observarse que sólo una función discriminante es estadísticamente significativa, contribuyendo a ésta principalmente las variables seguir dieta y tomar medicamentos, la tercera variable contribuye en mayor cuantía a la segunda función discriminante. La correlación canónica es moderadamente baja (0.31) para la primera función, y estadísticamente nula para la segunda. Las variables discriminantes, globalmente, aportan la siguiente proporción de varianza explicada: 6.5% la variable seguir dieta, 2.5% tomar medicamentos, y casi un 1% visitar al médico.

En la tabla número 4 se resumen los datos del segundo análisis discriminante; en este caso las variables dependientes lo han sido de estilos de vida y opiniones sobre el consumo de tabaco.

TABLA 4.- Análisis discriminante 2

a/	Variable	Lambda de Wilks	p	R ²
	Consumo de cerveza	,88479	,0000	12
	Consumo combinados	,82507	,0000	6
	Ejercicio físico	,79785	,0000	2,5
	Opinión prohib. fumar	,78325	,0000	2
	Consumo vino	,77187	,0000	1
	Consumo licores	,76326	,0000	0,7

b/ Función canónica discriminante.					
Función	valor propio	%varianza	r canónica	A	Lambda
1	,2923	95,47	,4756	0	,7633
2	,0139	100,00	,1170	1	,9865

X ²	gl	sig.	A= después de la función.
71,9	12	,0000	
3,67	5	,5977	

c/ Coeficientes tipificados.		
Variables	F1	F2
Consumo de cerveza	,50731	-,21038
Consumo de combinados	,46905	,47190
Ejercicio físico	,35057	,12746
Opinión prohib. fumar	,26740	,22662
Consumo vino	,24472	,16395
Consumo licores	,22553	,09042

También en este caso basta una única función discriminante, pero con una correlación canónica mayor (0.475), y definida principalmente por las variables de consumo de bebidas alcohólicas, aunque todas saturan suficientemente en la función. La variable referida a la creencia sobre si uno puede hacer algo o no para mantener o mejorar su salud, incluida inicialmente en el análisis, no forma parte de las funciones discriminantes.

En la tabla número 5 se relacionan los resultados principales del análisis discriminante con las variables sociodemográficas sexo y edad.

TABLA 5.- Análisis discriminante 3

a/	<u>Variable</u>	<u>L.Wilks</u>	<u>p</u>	<u>R²</u>			
	Sexo	,78117	,0000	,218			
	Edad	,73596	,0000	,264			
b/ Función canónica discriminante.							
<u>Función</u>	<u>valor propio</u>	<u>% varianza</u>	<u>r canónica</u>	<u>Δ</u>	<u>Lambda</u>	<u>X²</u>	<u>p</u>
1	,316	90,66	,49	0	,736	86,3	,000
2	,032	100,00	,1775	1	,968	9	,002
c/ Coeficientes tipificados.							
	<u>Variable</u>	F1	F2				
	Sexo	,957	,2958				
	Edad	-,356	,9365				

Las dos funciones dicriminantes resultantes son estadísticamente significativas, pero el peso de la primera es mucho mayor, como lo denota su valor propio y la correlación canónica (0.49). La primera función queda definida casi exclusivamente por la variable sexo, mientras que la segunda por la variable edad. De R² se deduce con claridad el mayor peso de la variable sexo con respecto a la edad.

Por último, el análisis discriminante global se resume en la tabla número 6. Entraron todas las variables que mostraron asociación significativa con conducta de fumar.

TABLA 6.- Análisis discriminante 4

a/	<u>Variabes</u>	<u>Lambda de Wilks</u>	<u>p</u>	<u>R²</u>
	Sexo	,774	,0000	23
	Combinados	,707	,0000	7
	Medicamentos	,679	,0000	3
	Cerveza	,659	,0000	2
	Vino	,641	,0000	1,6
	Opinión prohi.fumar	,626	,0000	1,5
	Visita médico	,614	,0000	1
	Licores	,605	,0000	0,6
	Tipo de dieta	,598	,0000	0.4

b/ Funciones discriminantes canónicas.

F	<u>valor propio</u>	<u>% varianza</u>	<u>r canónica</u>	<u>A</u>	<u>Lambda</u>	<u>X²</u>	<u>gl</u>	<u>p</u>
1	,5209	84	,585	0	,5982	133,09	18	,0000
2	,0992	16	,30	1	,9098	29,49	8	,0000

c/ Coeficientes tipificados.

<u>Variabes</u>	<u>F1</u>	<u>F2</u>
Dieta	,1886	,006
Medicamentos	,2309	,2855
Visitas médico	,158	-,332
Ejercicio físico	-,3005	-,1096
Cerveza	-,17955	,4133
Licor	-,1895	,1499
Combinados	-,3272	,4265
Opinión proh. fumar	,2549	-,0263
Sexo	-,61	,7709

Las dos funciones discriminantes son significativas, si bien la primera tiene un autovector mucho más grande, y una mayor correlación canónica.

ca (0.58 vs 0.30), que podemos considerar como moderadamente alta. La primera función discriminante viene definida prácticamente por todas las variables que entran en la función, aunque las variables de consumo de alcohol podrían llegar a definir la segunda función discriminante y salir de la prueba. En cuanto a la contribución de cada variable, la variable sexo es la variable discriminante que entra en primer lugar, pero dejando todavía un 18% de varianza para el resto de las variables.

Es de destacar que los tres tipos de variables consideradas, y que definen cada uno de los tres análisis discriminantes previos, contribuyen significativamente en la solución de este cuarto análisis discriminante de amplitud global.

DISCUSION

En cuanto a las *limitaciones metodológicas*, ésta es una investigación con un diseño transversal, y por tanto debemos limitarnos a mostrar asociaciones tan sólo; no hay lugar a la inferencia causal.

El número de variables manejadas y los análisis estadísticos bivariados realizados elevan la probabilidad de cometer error tipo I. Además, los posteriores análisis multivariantes realizados no mitigan el efecto, pues la técnica, análisis discriminante, y el proceso de selección de variables, "stepwise" (paso a paso), tienden a capitalizar el error aleatorio en favor del investigador, y la replicación del estudio muy probablemente produciría un encogimiento en la cuantía de la varianza explicada. Sin embargo, el tamaño de la muestra y el no muy elevado número de variables atemperan el problema.

Dos notas referidas a las mediciones. Salvo en tres indicadores, clima laboral, clima familiar y adaptación, en los restantes se trata de medidas monoítem, de fiabilidad reducida y a su vez siendo el espacio para la validez menor. Y por último, las dos variables dependientes, cruciales por consiguiente, no han sido validadas biológicamente, ni siquiera en una muestra de casos. Sin embargo, la bibliografía y el hecho de que la recogida de datos lo fuese de más de cien variables y de ahí no focalizada en éstas dos, no hacen suponer una grave distorsión de la conducta real al autoinforme.

Para comentar los *resultados*, en primer lugar nos centraremos en los

determinantes del comportamiento de fumar; posteriormente en los determinantes de los intentos de dejar de fumar. A su vez, al hablar de los determinantes de la conducta de fumar se discutirán consecutivamente los cuatro grupos de variables independientes. La discusión referida a los intentos de dejar de fumar se hará unitariamente.

a) *Variables sociodemográficas.* De todas las variables consideradas: edad, sexo, nivel ocupacional, formación académica, estado civil y renta, sólo se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas con las dos primeras, y especialmente con la variable sexo. El análisis discriminante para estas dos variables mostró que una vez entrada "sexo", con un 21% de varianza explicada, la "edad" contribuye con un 4,5% adicional, lo que indica su menor aportación relativa (desde luego entró en segundo lugar y la covariación con sexo se atribuye matemáticamente a ésta). En el análisis discriminante global, sin embargo, "sexo" se mantuvo como la primera variable, y "edad" desapareció de la función discriminante. Podemos decir entonces que, sociodemográficamente, el sexo principalmente, ser varón, y la edad, envejecer es no fumar, son los únicos descriptores no redundantes del comportamiento de fumar. Nuestros datos, en cuanto a lo que está presente coinciden con la literatura (por ejemplo, CIS, 1990; Grumberg et al. 1991; Waldon, 1988; McGinnis, 1989); pero en cuanto a las ausencias, son notables las del nivel ocupacional y/o formación académica y renta per cápita, y el estatus o situación de empleo, que en múltiples trabajos (Kabat et al. 1987; Kaprio y Koskenvuo, 1988; Pierce, 1989; Marlatt et al. 1988; Hall et al. 1990) han mostrado una fuerte asociación con la conducta de fumar. Así, un mayor estatus social y estar empleado son indicadores conspicuos de dejar de fumar y no fumar. Y esto se encuentra en poblaciones anglosajonas y escandinavas. En la población española, la encuesta del CIS (1990) coincide también con este panorama, pero la contribución de estas dos variables es sensiblemente menor. Creemos que la escasa variación de estas dos variables en nuestra muestra, la tendencia aunque no estadísticamente significativa en la dirección apuntada y el menor gradiente que se da en la población española, son razones suficientes para dar cuenta de lo encontrado.

b) *Variables de estilos de vida.* De entre este grupo de variables seleccionadas: consumo de alcohol, actitudes relacionadas con fumar, ejercicio físico, horas de sueño, utilización del cinturón de seguridad, horas de ocio, tipo de ocio, intención de participación comunitaria, hemos encontrado

asociaciones estadísticamente significativas entre el comportamiento de fumar y: consumo de alcohol (cerveza, vino y combinados), ejercicio físico regular y opinión sobre la prohibición de fumar en lugares públicos. Todas estas variables permanecen en la función discriminante, explicando conjuntamente un 24% de la varianza. En el análisis discriminante global sólo desaparece la variable ejercicio físico regular. Es clara, pues, la relevancia y contribución autónoma del consumo de alcohol. La variable "opinión sobre la prohibición de fumar" no es una variable de estilo de vida, sino una creencia y pudiera haber merecido agruparse con las variables psicológicas, sin embargo se incluyó al ser la única vinculada conceptualmente con el comportamiento de fumar. La importancia del consumo de alcohol en nuestra muestra se empareja con la insistencia de prácticamente toda la literatura (por ejemplo, Blaxter, 1990; Kaprio y Koskenvuo, 1988; el primero un estudio transversal, y el segundo longitudinal, y ambos comunitarios; y también con Shiffman, 1989, retrospectivo y con una muestra pequeña). Pero no hemos encontrado asociación con el uso del cinturón de seguridad, como era de esperar (Remington et al. 1985), tampoco con horas de sueño (Kaprio y Koskenvuo, 1988), pero sí con ejercicio físico, aunque no en el sentido esperado (por ejemplo, Blaxter, 1990), pues la asociación encontrada está indicando que *en nuestra muestra quienes fuman son los que hacen ejercicio físico*. Como hipótesis tentativa atribuimos esta asociación al probable rol de actividad social del deporte, desarrollado principalmente los fines de semana y organizado en diferentes asociaciones formales e informales. El factor de actividad social es un componente del comportamiento de fumar, y dentro de las tipologías de fumadores se encuentra precisamente la del fumador social (Leventhal y Cleary, 1980, Marlatt y Gordon, 1980; Shiffman, 1989). También el consumo de alcohol, en grado moderado, se asocia a situaciones sociales y éstas llegan a definir la prominente tipología del bebedor social.

c) *Variables psicológicas*. Las variables de clima laboral, clima familiar, adaptación, sentimientos de soledad y sentimientos de depresión no muestran ninguna asociación con la conducta de fumar. Habíamos anunciado en la introducción que los hallazgos respecto a la variables psicológicas eran contradictorios. Por el tipo de diseño utilizado cabía esperar encontrar alguna asociación con la conducta de fumar, tal y como sugieren Hall et al, (1990). y no ha sido así. La investigación anterior sugiere que las variables psicológicas quedan relegadas a un lugar poco importante en la deter-

minación del comportamiento de fumar cuando intentan explicarlo conjuntamente con variables sociodemográficas (Shiffman, 1989, Hall et al, 1990; Kaprio y Koskenvuo, 1988), y en nuestro estudio ocurre lo mismo; pero es llamativo que no hayamos encontrado ninguna asociación, en el análisis bivariado, entre estas variables y la conducta de fumar, como ocurría en otros estudios (Kaprio y Koskenvuo, 1988), y en especial en relación con las alteraciones del estado emocional ligadas al ambiente de trabajo (Conway et al, 1981; Westman et al, 1985; Green y Johnson, 1990). El hecho de que unas medidas hayan sido monoitem (sentirse solo, estar deprimido) y de que desconozcamos la validez de las medidas compuestas (adaptación, clima laboral y familiar), puede justificar aludir a la potencial falta de validez de estas medidas como explicación a lo inesperado en estos resultados.

En cuanto a las creencias de salud, la creencia en si el trabajo influye o no en la propia salud, no se asocia con el comportamiento de fumar, y la creencia en si uno mismo puede o no hacer algo por mejorar su salud, que muestra relaciones bivariadas con la conducta de fumar, desaparece en el análisis discriminante, coincidiendo plenamente con los datos de Pederson (1984), y que apoyan las sugerencias hechas por Kirscht (1988) sobre la poca influencia de esta variable sobre la conducta manifiesta.

d) Variables de atención médica y enfermedad. De las variables de atención médica y enfermedad consideradas, dos de las tres que son indicadores de mala salud: "seguir una dieta" y "consumo de medicamentos", guardan una asociación estadísticamente significativa con la conducta de fumar, lo que es esperable (Schwartz, 1987; Kaprio y Koskenvuo, 1988; Feldman y Richard, 1986); la tercera, "tiempo desde la última visita al médico", roza la significación estadística. Ninguna de las variables de morbilidad percibida se asocia con la conducta de fumar. Esta ausencia de asociación podría achacarse a la escasa dispersión de estas variables, y al probable error introducido por el desconocimiento de la terminología médica. Los análisis discriminantes con las medidas de este grupo aportan, cuando entran solas, un 10% de la varianza, y en el global persiste su contribución aunque reducida a la mitad.

En resumen, los determinantes del comportamiento de fumar encontrados dan cuenta del 40% de la varianza total. Están presentes factores sociodemográficos, de estilos de vida y de atención médica y de enfermedad. Las variables cognoscitivas y actitudinales son irrelevantes.

Quizás lo más sorprendente de este estudio se da en relación con la variable intentos de abandonar el hábito. En nuestra muestra, el 55% de los fumadores ha intentado dejar de fumar alguna vez en el último año. Al buscar que variables se asociaban a dichos intentos, en contra de lo que era esperable, hemos descubierto que solamente una variable ha mostrado relación: el haber sido visitado por o haber visitado al médico alguna vez en los últimos doce meses. Era de esperar que las variables sociodemográficas, como el nivel educativo, sexo, la edad y la situación laboral, entre otras, mostraran relación, tal y como han sugerido algunos trabajos (Fiore et al. 1990; Pierce, 1989; CIS, 1990, Marlatt et al. 1988). Junto con estas variables, las de historia de fumar han servido, en distintos trabajos (Marlatt et al. 1988; Kaprio y Koskenvuo, 1988), para discriminar a quienes intentan dejar el hábito de quienes no lo intentan, y éstas últimas tampoco muestran relación en este estudio. Lo mismo ha ocurrido con las variables de morbilidad percibida y de uso de servicios médicos (Blaxter, 1990, entre otros).

Se ha señalado en la introducción que las creencias de salud no eran predictoras claras de conducta de salud manifiesta pero que sí lo eran de los intentos de cambio o predisposición al cambio (Gibbons et al. 1991; Eiser et al. 1985). Tampoco aquí hemos encontrado relación.

No estábamos seguros de como iban a comportarse las distintas variables indicadoras de estado afectivo, a la luz de la revisión de la literatura hecha, y por ello no intentaremos comentar la ausencia de relaciones de estas variables (adaptación, clima laboral, sentimientos de soledad...) con la de intentos de dejar de fumar.

Por último, tampoco encontramos ninguna relación con los ítems de estilo de vida (consumo de alcohol, tipo de ocio...).

Varias posibilidades se nos ocurren para dar una explicación tentativa de estos resultados. Puede que en la muestra estudiada ninguna variable salvo el haber visitado al médico -y no tenemos constancia de que los médicos locales estuviesen proporcionando, sistemáticamente, indicaciones antitabaco a sus pacientes - muestre relación con los intentos o no de dejar de fumar. Otra posibilidad es que el ítem en cuestión funcione mal, ya que es difícil que un conjunto de variables que se han relacionado, según lo esperado teóricamente, con la conducta de fumar, no se relacionen en el sentido previsto con la variable intentos. Por último, tal vez se expliquen los resultados por una combinación de ambos factores. Posteriores investigaciones se hacen precisas para intentar encontrar respuestas a este interrogante.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a D. Carlos Alvarez-Dardet y a Dña. Asumpta Silvestre, del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante, el habernos cedido el instrumento utilizado en este estudio.

BIBLIOGRAFIA

- Ashton, J & Seymour ,H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona, Masson.
- Baer J. & Lichtenstein E.(1988). Clasification and prediction of smoking episodes: an exploration of individual differences.*Journal of Consulting and Clinical Psychology,56:* 104-110.
- Baer J., Karmarck Th.,Lichtenstein E. & Ransom Ch.(1989). Prediction of smoking relapse:analyses of temptations and transgressions after initial cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,57:* 623-627.
- Blaxter,M (1990).*Health & lifestyles*. New York, Tavistock.
- Carmody ,T.P., Rischetto C.,Matarazzo J.,O'Donnell ,R. & Connor ,W. (1985). Co-occurrent use of cigarettes,alcohol, and coffee in healthy, community-living men and women. *Health Psychology,4:* 323-335.
- Castro F.,Newcomd ,M., Creary,Ch. & Beazconde L.(1989).Cigarette smokers do more than just smoke cigarettes.*Health Psychology,8:*107-29.
- CIS (1990).*Estructura social y salud*. Madrid, CIS.
- Cohen S., & Lichtenstein E.(1990). Perceived stress, quitting smoking and smoking relapse. *Health Psychology, 9;* 466-478.
- Cohen S., & Lichtenstein E.(1990). Partner behaviors that support quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58:* 304-309.
- Conway T., Ward H., Vikers R. & Rahe R.(1981). Occupational stress and variation in cigarette,coffee, and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behavior, 22:* 155-165.
- Epstein L., Grunberg N., Lichtenstein E. & Evans R. (1989). Smoking research: basicresearch, intervention, prevention and new trends. *Health Psychology, 8:*705-721.
- Eiser J., Pligt J., Raw M., & Sutton R.(1985). Trying to stop smoking: effects of perceived addiction, attributions for failure and expectancy of success. *Journal of Behavioral Medicine,8:* 321-341.
- Feldman, B. & Richard ,E.(1986). Prevalence of nurse smokers and variables identified with successful and unsuccessful smoking cessation. *Research in Nursing and Health,9:*131-138.
- Fiorem ., Novotny T., Pierce J.,Giovino G., Hatziandreu E., Newcomb P., Surawicz T. & Davis R.(1990). Methods used to quit smoking in the united states.

JAMA,263:2760-5.

- Gibbons F., McGovern P. & Lando H.(1991). Relapse and risk perception among members of a smoking cessation clinic. *Health Psychology*,10:42-45.
- Green ,K.L. & Johnson J.V.(1990) The effects of psychosocial work organization on the prevalence of cigarette smoking among chemical plant employees. *American Journal of Public Health*,80:1368-1371.
- Grumberg ,N.;Winders ,S. y Wewers ,M.(1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology*, 10:143-53.
- Hall ,S.;Havassy ,B. y Wasserman ,D.(1990).Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,58:175-181.
- Hansen W. & Malotte C.(1986). Perceived personal immunity: The development of beliefs about susceptibility to the consequences of smoking. *Preventive Medicine*,15:363-372.
- Harackiewicz J., Sansone C., Blair L., Epstein J., & Manderlink G.(1987). Attributional processes in behavior change and maintenance: smoking cessation and continued abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,55:372-378.
- Istvan J. & Matarazzo J. (1984). Tobacco, alcohol and caffeine use: a review of their interrelationship. *Psychological Bulletin*, 95:301-326.
- Johansson,G.; Johnson , J. & Hall ,E.(1991). Smoking and sedentary behavior as related to work organization. *Social Science and Medicine*,32: 837-846.
- Kabat G. & Wynder E.(1987). Determinants of quitting smoking. *American Journal of Public Health*, 77: 1301-05.
- Kanner A., Coyne J., Schaeffer C., & Lazarus R.S.(1981). Comparison of two models of stress measurement:daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*,4: 1-39.
- Kaprio J. & Koskenvuo M.(1988). A prospective study of psychological and socioeconomic characteristics, health behavior and morbidity in cigarette smokers prior to quitting compared to persistent smokers and non smokers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41:139-150.
- Kaufert J.,Rabkin S., Syrotuik E. & Shane F.(1986). Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation:results of a controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*,9: 475-489
- Kirscht , J.(1988). The health belief model and predictions of health actions. En D.S. GOCHMAN. *Health behavior*. New York, Plenum.
- Marlatt G., Curry S., & Gordon J.(1988). A longitudinal analysis of Unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 715-720.
- Mattson M.E.,Pollack E. & Cullen ,J.(1987). What are the odds that smoking will kill you?. *American Journal of Public Health*,77: 425-431.
- McGinnis J.M., Shopland D. & Brown Cl. (1987).Tobacco and health: trends in

- smoking and smokeless tobacco consumption in the EEUU. *Annual Review of Public Health*, 8: 441-67.
- O'Connell K. & Martin E. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse, and relapse among participants in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 367-731.
- Pallonen U., Murray D., Schmid L., Pirie P., & Luepker R. (1990). Patterns of self-initiated smoking cessation among young adults. *Health Psychology*, 9: 418-426.
- Pederson L., Wanklin J., & Baskruilk J. (1984). The role of health belief in compliance with physicians' advice to quit smoking. *Social Science and Medicine*, 19: 573-580.
- Pierce J. (1989). International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 79: 153-157.
- Richart M. y Cabrero J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programas de promoción de la salud*. Valencia, Promolibro.
- Schwartz J. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods*. Washington, U.S. Department of Health and Human Services.
- Shiffman S. (1982). Relapse following smoking cessation: a situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 71-86.
- Shiffman S. (1986). A cluster analytic typology of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 11: 295-307.
- Shiffman S. (1989). Trans-situational consistency in smoking relapse. *Health Psychology*, 8: 471-481.
- Silvestre A.; Colomer, C.; Nolasco, A.; González, L y Alvarez-Dardet, C. (1990). Nivel de renta y estilos de vida: ¿hacia una ley de prevención inversa. *Gaceta Sanitaria*, 4: 189-192.
- Sorensen G., & Pechacek T. (1987). Attitudes toward smoking cessation among men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 10: 129-137.
- Swan G. & Denk C. (1987). Dynamic models for maintenance of smoking cessation: even history analysis of late relapse. *Journal of Behavioral Medicine*, 10: 527-53.
- Swan G., Denk C., Parker S., Carmellid., Furze C. & Rosenman R. (1988). Risk factors for late relapse in male and female ex-smokers. *Addictive Behaviors*, 13: 235-266.
- Westman M., Eden D. & Shirom A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support. *Social Science and Medicine*, 20: 637-644.
- Waldron J. (1988). Gender and health-related behavior. En D.S. Gochman *Health behavior*. New York, Plenum.
- Warnecke R. et al. (1975). Social and psychological correlates of smoking behaviour in black women. *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 397-410.