



---

---

# UNIVERSIDAD INSURGENTES

---

---

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“Disminución del consumo de tabaco en Px que asiste a una  
intervención breve psicológica para dejar de fumar del Centro  
de Integración Juvenil de la Delegación Iztapalapa”

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

C. Yolanda Gil Reyna

C. Jenny von Hernández Mendoza

ASESOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
<b>Capítulo 1 Tabaquismo</b> .....	5
1.1 Definición .....	5
1.2 Historia.....	7
1.3 Panorama Mundial .....	13
1.4 Panorama en México .....	15
1.4.1 Encuesta Nacional de Adicciones 2011 .....	17
1.4.2 Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009 (GATS) .....	20
1.5 Las Regulaciones sobre el Consumo de Tabaco.....	21
1.6 Convenio Marco para el Control del Tabaco.....	23
1.6.1 Plan de Medidas MPOWER.....	24
<b>Capítulo 2 Dimensiones sobre el consumo de tabaco</b> .....	27
2.1 Mecanismos de acción de la nicotina que involucran a los neurotransmisores .....	27
2.2 Farmacocinética y Farmacodinamia .....	29
2.3 Síndrome de Abstinencia .....	33
2.4 Mitos asociados al cese del consumo .....	33
<b>Capítulo 3 Intervenciones Breves Psicológicas</b> .....	39
3.1 Tratamiento para dejar de fumar, caso clínico.....	42

3.2 Tratamiento psicológico .....	53
3.3 La adherencia terapéutica .....	56
3.4 Alianza terapéutica .....	57
3.5 Técnicas cognitivo conductual.....	58
3.6 El proceso de cambio, modelo de Prochaska y DiClemente .....	61
3.6.1 Pre-contemplación.....	63
3.6.2 Contemplación .....	64
3.6.3 Preparación.....	65
3.6.4 Acción .....	66
3.6.5 Mantenimiento .....	67
3.6.6 Recaída.....	67
3.7 Presentación del caso clínico .....	68
<b>Capítulo 4 Metodología .....</b>	<b>81</b>
4.1 Planteamiento del problema.....	81
4.2 Justificación .....	81
4.3 Objetivos.....	84
4.4 Hipótesis .....	84
4.5 Variables .....	85
4.6 Definición de variables .....	85
4.7 Tipo de estudio.....	86

4.8 Diseño de investigación .....	86
4.9 Participante .....	87
4.10 Escenario.....	87
4.11 Procedimientos.....	87
<b>Capítulo 5 Resultados</b> .....	91
<b>Capítulo 6 Conclusiones</b> .....	97
6.1 Sugerencias .....	101
<b>Referencias</b> .....	102
<b>Anexos 1</b> .....	116
<b>Anexo 2</b> .....	117
<b>Anexo 3</b> .....	118
<b>Anexo 4</b> .....	122

## **Resumen**

En el presente trabajo se buscó la disminución del consumo de tabaco en la Px de 48 años de edad, estableciendo sesiones semanales con una totalidad de 10 sesiones. En las que se trabajaron los sentimientos, el lugar, y la hora del consumo del tabaco. Buscando establecer cambios significativos en la paciente o lograr en el cese del tabaco y una experiencia que sirva para afrontar las situaciones de la vida cotidiana sin recurrir nuevamente al consumo de tabaco.

Conforme avanzó el tratamiento se observó una disminución significativa que hizo que la Px se percatara de la cantidad que estaba fumando semanalmente al inicio del tratamiento y al término pudiera observar la diferencia de su consumo de cigarrillos.

Esta investigación se realizó en el Centro de Integración Juvenil unidad Iztapalapa Poniente que atiende a personas con problemas de adicciones.

El método que se utilizó fue el cuantitativo, el diseño de investigación es no experimental, el tipo de estudio es caso único y en la aplicación de los instrumentos se hizo un Test-Retest, el tratamiento para dejar de fumar se llevó a cabo con un enfoque cognitivo conductual que consiste en revisar y analizar situaciones que se relacionan con la conducta de fumar y cambiar un pensamiento irracional por uno racional.

Los resultados obtenidos en el tratamiento fueron favorables obteniendo una disminución significativa del consumo de tabaco que se muestran en las gráficas en el capítulo de resultados.

## **Introducción**

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte, discapacidad y enfermedades en el mundo. Se estima que el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares son causadas por el tabaquismo (OMS, 2011).

Además de causar efectos dañinos en el organismo de la persona que fuma, el consumo de tabaco también representa un problema económico. Los costos derivados de las enfermedades ocasionadas por el tabaco se pueden dividir en costos directos, indirectos e intangibles.

Los costos directos en México ascendieron a 75 mil 200 millones de pesos al año, este cálculo se obtuvo con base en los gastos de salud totales, que equivalen al 6.2% del producto interno bruto (PIB), y considerando el supuesto de que los costos de tratamientos relacionados con el tabaquismo representan el 10% de todos los costos de atención médica (Waters, 2010).

Adicionalmente, diversas investigaciones han demostrado con claridad que el fumar y otras formas de consumo de tabaco dañan la salud física y disminuyen la expectativa de vida. Casi la mitad de los fumadores muere debido a su adicción y aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida, antes de la

jubilación (entre los 35 y los 69 años), lo cual resulta en la pérdida de al menos entre 10 y 15 años de vida (Et. al. 2010).

En el caso de México el problema es igualmente preocupante, datos de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria COFEMER (2012) indican que el país ocupa el sexto lugar mundial en número de fumadores y el segundo en fumadoras. Se han realizado varias investigaciones las cuáles arrojan como resultado que el consumo de tabaco es responsable de entre 25,000 y 60,000 muertes por año (Tapia-Conyer, et. al. 2001; Valdés-Salgado, R., 2005 y Kuri-Morales, P.A. et. al. 2006).

Sin embargo, abandonar el consumo del tabaco reduce enormemente los riesgos de salud y produce beneficios inmediatos y a largo plazo para la salud y la economía personal, familiar, institucional y social. Las consecuencias del tabaco sobre la salud son totalmente prevenibles (OMS, 2008).

Por estas razones es importante hacer saber a las personas que presentan adicción al tabaco los daños que se están ocasionando a sí mismos, como a las personas que les rodean, así como los beneficios que trae consigo dejar de fumar de tal manera que eleven su calidad de vida.



Para presentar la investigación se elaboraron “6”capítulos. En el capítulo 1 se menciona las generalidades referentes al tabaco: definición, historia de tabaco, panorama mundial, Panorama en México y Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

En el capítulo 2.- Se describen los mecanismos de acción de la nicotina que involucran a los neurotransmisores, mitos asociados al cese del consumo y el proceso de cambio, modelo de Prochaska y DiClemente.

En el capítulo 3.- Se estudian las intervenciones breves que ayudan al cese de consumo de tabaco.

En el capítulo 4.- Revisión de la metodología utilizada para la investigación.

En el capítulo 5.- Resultados cuantitativos de esta investigación.

Las conclusiones se presentan en el capítulo 6 y las sugerencias.

Finalmente se presentan los anexos y referencias utilizadas para esta investigación.

## Capítulo 1 Tabaquismo

El tabaco es una planta solanácea originaria de América, donde se extendió su cultivo y uso durante siglos. Estas plantas herbáceas se ocupaban con fines medicinales por tener propiedades curativas, pero en la actualidad es considerada una droga que se ha expandido por todo el mundo y se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a todo consumidor.

Probablemente el vocablo tabaco fue adoptado por los españoles para mencionar el nombre de la nueva planta después de que vieron que los indígenas de la isla española llamaban tabaco al instrumento que utilizaban para tomarlo. La palabra cigarro deriva probablemente sik'ar que en maya significa fumar.

“El verbo fumar deriva de humear o bien echar humo, que tiene origen en el vocablo latín fumus, es decir humo” (Yunis, s/f).

### 1.1 Definición

A pesar del conocimiento previo que se tiene de las diferentes enfermedades que el tabaquismo puede ocasionar, su consumo se incrementa cada día más, por ser un producto de fácil acceso y socialmente aceptado. En cualquier lugar se pueden obtener cigarrillos, ya sea en cajetillas o por unidad, lo que facilita que personas de todas las edades los adquieran

sin restricción aun cuando está prohibida la venta a menores de edad, sin embargo existe un alto consumo por la población adolescente que lo más probable sea que se conviertan en dependientes de la sustancia al corto tiempo de iniciar su uso.

“En lugar de ver la adicción a la nicotina como una de las más graves que existe, prevalece en la sociedad la aceptación del tabaquismo como un "estilo de vida" y una "costumbre" que incluye a personas de ambos sexos, de todas las edades y de todos los sectores económicos y laborales” (Zinser, 2010).

Para la Organización Panamericana de la Salud (2011) “el tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos a la nicotina; la acción a dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo”.

Por lo que el tabaquismo se considera como una enfermedad crónica difícil de tratar.

El tabaquismo se ha convertido en un problema de salud pública prevenible, en los países desarrollados.

El tabaquismo afecta orgánicamente a millones de personas ya sean fumadores activos que son los que consumen el producto o a fumadores pasivos que

son los que están en contacto con los fumadores y absorben el humo que contiene sustancias tóxicas.

Para poder disminuir los porcentajes de enfermedades que se relacionan al tabaquismo es necesario tomar medidas de prevención y control, trabajando en conjunto con las instituciones de primer nivel que apoyan los programas para dejar de fumar, además la restricción de la publicidad para evitar la invitación a seguir consumiendo; que se siga fomentando el derecho a los no fumadores de espacios libres de humo y que se apliquen sanciones a los establecimientos o lugares donde se vende cigarrillos a menores de edad; seguir informando a la población por medio de pláticas sobre los daños a la salud e incrementar los programas de tratamientos para dejar de fumar.

## 1.2 Historia

El tabaco se consume en el continente Americano desde la época prehispánica sin embargo aunque no se sabe con exactitud cuándo el hombre comenzó a hacer uso constante, desde entonces es utilizado en el continente, para después pasar a ser un producto industrializado que se popularizó y fue de gran impacto para la industria tabacalera.

Los mayas lo utilizaban para sus rituales de adivinación y celebraciones, para sellar alianzas de paz o alianzas bélicas o para curar enfermedades, mientras tanto los aztecas lo

utilizaban como medicina universal, tanto como para el asma como para curar heridas por picaduras de animales ponzoñosos. El tabaco masticado era para mitigar el cansancio, dolores de muelas y hasta para el dolor de parto.

En América Central y el caribe se fumaba en forma de cigarros, en el imperio Inca lo consumían aspirado por medio de varillas huecas o huesos de aves largos, otra forma de consumo era en infusiones hechas de las hojas secas que se bebían.

“Ya en el época Novohispana, el tabaco era fumado por gran parte de la sociedad, tanto hombres como mujeres, de cualquier estrato social e incluso los clérigos” (Micheli, 2000).

En la época prehispánica el consumo se hacía directamente de la planta sin hacer ninguna mezcla y la finalidad era de índole medicinal y para rituales, en que los antepasados le encontraban propiedades curativas las que aprovechaban para atender los diferentes malestares de los pobladores.

Como ya se ha mencionado el uso del tabaco en un inicio fue utilizado para curar enfermedades, pero su uso se propagó y se convirtió en una costumbre que ocasionó que las personas lo utilizaran con frecuencia de este modo hace que en ocasiones se vuelva una adicción.

“La costumbre de fumar fue llevada a Europa por Rodrigo de Jerez, marino que acompañó a Cristóbal Colón. Rodrigo también plantó unas semillas en su villa de Alamonte” (Álvarez, 2003).

Existe la posibilidad que el primer introductor de la planta de tabaco en España en 1518 haya sido el fray Román de Pané sin descartar que haya llevado las semillas Francisco Hernández en 1499 al puerto de Guadalquivir. El primero que llevó a cabo la primera aclimatación europea de la planta fue el médico de Sevilla Nicolás Monardes.

En 1585 el embajador francés en Portugal Jean Nicot, hizo llegar a la reina de Francia, Catalina de Medici, unas muestras de tabaco, para aliviar sus fuertes jaquecas y debido al consumo de la reina es que se convirtió en moda el uso en la corte Francesa.

“En 1585, sir Francis Drake llevó el tabaco a Inglaterra y el explorador inglés sir Walter Raleigh, inicio en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El siglo XVI fue la edad de oro de la pipa y fue empleada para fumar prácticamente en toda Europa y Asia” (Becoña, 2004).

El producto se difundió por Europa y Rusia y para el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África y para fines de siglo el consumo del tabaco se había expandido por todo el mundo y se había constituido una costumbre generalizada, sin considerar que era

una droga altamente adictiva y su uso en la mayoría de las ocasiones no puede ser controlado por los consumidores.

Este consumo se expandió aún más durante el siglo XVIII, la moda impuesta por la nobleza era aspirarlo en rapé( polvo), ante la prohibición a los marinos de fumar en los barcos por el peligro de posibles incendios, estos pusieron en auge la costumbre de mascararlo, causando efectos similares al fumarlo.

En los siglos XIX y XX el consumo de tabaco era inadmisibile en las mujeres, era un acto inmoral, Pero después de la primera Guerra Mundial se pudieron liberar de los prejuicios y a partir de 1920 comenzaron a fumar sin limitación en cualquier lugar, sin ser discriminadas porque ya tenían ciertos derechos en la sociedad.

“El ingreso de la mujer en el consumo de tabaco produjo un aumento de ganancias en las tabacaleras y en los gobiernos por concepto de impuestos” (Yunis, s/f).

La liberación de la mujer y la adquisición de algunos derechos permitieron que se introdujera en el consumo de tabaco, fumar convenía para las utilidades de las industrias tabacaleras, de esta manera se incrementaban las ventas y al ser socialmente aceptada la mujer se propagó con mayor razón el consumo. En la actualidad la

propaganda influye para que el sexo femenino consuma mayores cantidades de tabaco. Sobre todo la mercadotecnia crea nuevas estrategias de publicidad donde diseña cigarrillos exclusivos para la mujer y promueve la idea que estos productos tienen menor cantidad de nicotina que afecta menos a quienes lo consumen.

Junto al crecimiento de la industria tabacalera y el consumo de tabaco, los epidemiólogos, desde los años 30, observaron que el cáncer de pulmón había aumentado considerablemente y las investigaciones de laboratorio encontraron que muchas sustancias del cigarrillo son carcinógenas.

En las décadas de los años cincuenta y sesenta se encontraron evidencias de la relación que existe el consumo de tabaco y enfermedades como la bronquitis, el enfisema, el cáncer de pulmón y de otros órganos.

“En 1956, la OMS declaró que el consumo de tabaco es la principal causas previsible o evitable de muerte precoz” (Cicero, 2003, y Becoña, 2004).

Sin embargo las personas que consumen tabaco no consideran importante los daños a la salud que les ocasiona y cuando hacen conciencia de las consecuencias que pueden tener les es difícil abandonar el consumo, porque existe la adicción.



## Industria del tabaco en México

En México, el visitador José de Gálvez, creó en 1765 el estanco novohispano del tabaco, ratificado con Real cédula del 2 de enero de 1766. Para la segunda mitad del siglo XVIII, la Corona española se dio cuenta que el tabaco era una gran fuente de ingresos, muy necesarios para afrontar los gastos que ocasionaba la guerra con Francia. En esa época, Guadalajara, Querétaro y Puebla, entre otras ciudades de la Nueva España, ya tenían sus pequeñas tabacaleras.

Para 1787, ya existían máquinas para picar tabaco y producir cigarrillos en gran escala. Cuando se perfeccionaron las máquinas para producir cigarrillos en gran escala, estos tabacos se comercializaron en diferentes mezclas. (Micheli, 2000 y Cicero, 2003).

La Real Fábrica de Tabaco fue construida entre 1793 y 1807 por José Antonio González Velázquez y el ingeniero Miguel Constanzo por encargo del rey Carlos III. En 1807 el tabaco proveniente de Veracruz ya entraba por la puerta sur de La Ciudadela para ser clasificado según su calidad y frescura (Tovar, 2013).

En 1900 existían 743 empresas tabacaleras, en 1975 la industria estaba integrada por seis grandes empresas: La Moderna, El Águila, Tabacalera Mexicana, Fábrica de Cigarrillos Baloyán, Fábrica de Cigarrillos La Libertad y Cigarrera Nacional.

### 1.3 Panorama Mundial

El tabaquismo es una epidemia de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad o religión.

Eriksen en el 2012 menciona que el humo del tabaco contiene más de 7,000 sustancias tóxicas, de las cuales 69 son cancerígenas y causa un importante número de padecimientos prevenibles que producen discapacidad e incluso la muerte, no sólo en quien lo consume, sino también en quienes lo rodean.

Los costos atribuibles al consumo del tabaco se extienden más allá de los costos directos por la atención de enfermedades del fumador. Otros costos incluyen los gastos de atención médica para fumadores pasivos, ausentismo laboral por incapacidad, disminución de la productividad, invalidez, daños por incendios debidos a fumadores descuidados, incremento en los costos de limpieza por colillas, daño ambiental por deforestación, contaminación por pesticidas y fertilizantes (CMCT/INSP, s/f).

Es importante destacar que, desde principios del siglo XX, las mujeres han sido el grupo objetivo de las compañías tabacaleras, éstas ofrecen a las fumadoras seductoras imágenes de delgadez, belleza, libertad y emancipación asociadas al consumo de tabaco, (Ponciano y Morales, s/f) de tal manera que, si bien la epidemia de tabaquismo ha empezado a declinar entre los hombres, en las mujeres se calcula que alcanzará su nivel más elevado hasta mediados del siglo XXI.

En el 2002 a nivel global fumaban cuatro hombres por cada mujer, si las tendencias continúan como hasta ahora, se prevé un incremento de la prevalencia de tabaquismo de 20% para el 2025 en el nivel mundial, lo que representará un aumento de 187 a 532 millones de fumadoras (Mackay, 2001).

Ante esta situación, es necesario enfocar también la atención y los esfuerzos en la prevención y el tratamiento del tabaquismo en mujeres.

El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de ámbito mundial: se calcula que cada día empiezan a fumar entre 82,000 y 99,000 jóvenes; muchos de ellos son niños de menos de 10 años y la mayoría vive en países de ingresos bajos y medios. (Mackay, 2006). Los niños están expuestos a una edad temprana a la promoción y el marketing del tabaco, un fenómeno generalizado a nivel mundial (NCI, 2008).

El Atlas de Tabaco señala que para el año 2011, el número de fumadores ascendía a 1.3 billones en todo el mundo. De igual manera menciona que el tabaquismo causó la muerte de casi seis millones de personas en el mundo, es decir más que el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo juntos. El 80% de estas muertes ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos (Eriksen, 2012).

Por su parte, en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (2012), estima que aproximadamente un millón de personas mueren al año. La mortalidad causada por el tabaquismo ha superado la relacionada con el sida, los accidentes y el suicidio. Asimismo, las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente el 54% de la carga total de enfermedad.

El tabaco está asociado a diversas enfermedades que disminuyen la calidad de vida, causan pobreza, malestar y muerte. Fumar tabaco produce cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, infarto, aborto, parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades. Como prueba de esto, durante el siglo XX, 100 millones de muertes fueron a causa del tabaco.

#### 1.4 Panorama en México

En la publicación Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2012), señala que en México, el tabaquismo es considerado como uno de los principales problemas de salud pública, responsable de unas 60,000 muertes anuales por padecimientos atribuibles al consumo de tabaco. Las principales causas de mortalidad asociadas al tabaquismo son las enfermedades isquémicas del corazón, enfisema pulmonar, enfermedad cerebral vascular y cáncer pulmonar.

Según el Atlas de Tabaco (Eriksen, 2012) en México, los costos directos por fumar, alcanzan los 5,700 millones de pesos. El costo directo de las enfermedades relacionadas con el tabaco es determinado por el número de personas que se encuentran en tratamiento y el costo del tratamiento. De igual manera señala que en el periodo de 2003-2008, el porcentaje del gasto total en el sistema de salud dedicado a tratar enfermedades relacionadas con el tabaco, alcanzó el 10.5%.

CONADIC (2011), señala que los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México, por tan sólo cuatro de las enfermedades más estudiadas, se estimaron para 2009 en montos que van de entre 23 mil millones de pesos (escenario conservador) a 43 mil millones de pesos (escenario alto).

Considerando el gasto mensual en la compra de cigarrillos, que reportan los fumadores activos en la ENA 2011 (INP, 2012), se calcula que cada cinco años, en promedio, un fumador gasta 24 mil pesos en la compra de cigarros. Pero si ese fumador sufriera un leve infarto al miocardio, el costo de su atención médica requeriría 58 mil pesos en el primer año (CONADIC, 2003).

Aunado a todos estos problemas, se sabe que iniciar el consumo de tabaco antes de los 15 años de edad incrementa la probabilidad de usar y abusar de otras drogas (Medina-Mora y Cols, 2002). En un estudio entre estudiantes de secundaria en México, se observó que aquellos consumidores de tabaco presentaban mayores problemas familiares, de conducta, manejo del enojo, cognitivos, hiperactividad y distractibilidad (Lara, 2006). También se ha observado que existe una correlación entre el consumo de tabaco y pobreza.

La Fundación canadiense HealthBridge realizó una investigación en 2011 en diversos países, a fin de conocer la relación entre el tabaquismo y la pobreza, los resultados para nuestro país fueron los siguientes (basados en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2008): los fumadores con menos recursos gastan, en promedio, 175 pesos mensuales (en precios de 2010) en tabaco. Esta suma es equivalente a, aproximadamente, tres días de salario mínimo y representa, aproximadamente, el 4.6% de sus gastos mensuales totales.

También observaron que los hogares con fumadores gastan menos dinero en alimentos (35.9% frente a 40.8%) y educación (5.3% frente a 6.7%) que los hogares sin fumadores (Jones y Efrogmson, 2011).

Con base en los resultados de la ENA 2008, CONADIC, señala que las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores.

#### 1.4.1 Encuesta Nacional de Adicciones 2011

La edad promedio de inicio del consumo de tabaco de los fumadores diarios entre 12 y 65 años, fue de 20.4 años; 20 años para hombres y en mujeres a los 21.7 años. Entre la población adolescente, la edad de inicio fue de 14.1 años siendo muy similar entre hombres y mujeres.

El consumo promedio es de 6.5 cigarros al día, los hombres en promedio fuman 6.8 cigarros, mientras que las mujeres fuman 5.6 cigarros diariamente. Los fumadores activos que fuman diariamente, gastaron 397.4 pesos en cigarros al mes en promedio.

Estos fumadores adquirieron un promedio de 15.6 cigarros en su última compra. No se encontraron diferencias entre el gasto promedio de los fumadores activos diarios adolescentes y adultos. El 71.3% de los fumadores activos, que fuman ocasionalmente, estimaron gastar menos de 20 pesos a la semana, o bien, 80 pesos por mes. En lo que respecta a los fumadores activos adolescentes, las cifras no difieren mucho, ya que reportan gastar mensualmente 311.5 pesos mensuales.

Los fumadores adolescentes diario consumen en promedio 4.1 cigarros al día. Al desagregar por sexo, los hombres consumen en promedio 4.2 cigarros, mientras que las mujeres en promedio 3.6 cigarros.

El hábito de fumar comienza en la adolescencia, debido a diversos factores de tipo sociocultural y personales.

#### Exposición al humo del tabaco ambiental (HTA)

La ENA 2011, reporta una prevalencia de la exposición al humo del tabaco ambiental del 30.2% es decir, 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado y que sin embargo se encuentran expuestos al HTA, lo que implica un aumento respecto a los datos del 2008

(23.3%, es decir cerca de 11 millones de mexicanos). Es importante recordar que las personas que se exponen al HTA también se exponen a las enfermedades de un fumador.

Según Samset (2002) el humo de tabaco ambiental tiene repercusiones en la salud de las personas que lo respiran por los contaminantes que contiene el cigarrillo. En los niños las enfermedades de vías respiratorias son las más frecuentes, la otitis media, síntomas respiratorios crónicos, asma, reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar, la exposición al humo del tabaco durante el embarazo reduce peso al nacer, en los adultos se asocia la exposición al humo del tabaco con cáncer de pulmón, con enfermedad cardíaca isquémica y con enfermedad coronaria.

La mayoría de las sustancias químicas que contiene el humo del tabaco, son tóxicas y está comprobado que al menos 69 de éstas, causan cáncer.

De acuerdo con el Centro de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo (2003) se ha demostrado que un fumador pasivo puede inhalar después de una hora tanto humo como el que inhala un fumador con el consumo de 2 a 3 cigarrillos. Esto quiere decir que, en algunos casos, el fumador pasivo puede llegar a una exposición más elevada ante alguno de los componentes del tabaco que el propio fumador que inhala el humo.

Los riesgos de la exposición al HTA en el trabajo



La exposición al HTA en los lugares de trabajo es considerada involuntaria. Tomando en cuenta los datos que la ENA 2011 indica que uno de los principales lugares de exposición al HTA es el trabajo y que en promedio la jornada laboral de una persona no fumadora es de 40 a 45 horas a la semana en promedio, entonces dicha persona tiene un periodo de exposición de entre 2,080 y 2,340 horas al año; que en un lapso de 45 años (considerando el total de su vida laboral) daría un total de 93,600 a 105,300 horas de exposición, haciendo que la persona sea adicta a la nicotina aunque no fume.

#### 1.4.2 Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009 (GATS)

Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Global AdultTobaccoSurvey, GATS) fue desarrollada en febrero de 2007 por la OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América con el objetivo de contar con un instrumento que permita estimar la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta a nivel nacional, así como la exposición al humo de tabaco ajeno. La encuesta cuenta con una metodología estandarizada a nivel internacional, lo que facilita las comparaciones de los resultados entre los 14 países que se ha aplicado.

De acuerdo a los resultados de la GATS, en México un 15.9% de la población adulta fuma, esto implica que en nuestro país, hay 10.9 millones de fumadores. De ellos, 7.6% (5.2 millones) son fumadores diarios que en promedio consumen 9 cigarrillos por día. 11.8% son

hombres y solo el 3.7% son mujeres, esto se traduce a que en nuestro país existen 3.9 millones de hombres y 1.3 millones de mujeres que fuman diariamente.

La edad promedio de inicio en el consumo de tabaco así como los patrones de consumo de hombres y mujeres son cada vez más similares: la edad de inicio fue de 16.3 años en hombres y 16.8 años en mujeres; y mientras que los hombres fuman alrededor de 9.7 cigarros al día, las mujeres fuman 8.4.

Los resultados de la GATS en nuestro país, señalan que el 32% de la población que alguna vez fue fumadora, dejó de fumar en el último año. El 57.4% de las mujeres fumadoras intentó dejar de fumar en el último año, así mismo, el 47.2% de hombres intentó dejar de fumar. De éstos, solamente el 10% tuvieron éxito.

Con base en los resultados de la GATS 2009, el 72.1% de los fumadores actuales está interesado en dejar de fumar. Esto implica que existen 7.7 millones de fumadores que requieren el apoyo del personal de salud para lograr su objetivo. Las estrategias utilizadas por los exfumadores incluyen: 3% Consejo médico breve, 6% Tratamiento farmacológico, 91% fuerza de voluntad.

## 1.5 Las Regulaciones sobre el Consumo de Tabaco

Para poder lograr la victoria contra el tabaquismo, es necesario permanecer vigilantes y continuar luchando contra esta epidemia, que cada vez más se expande en el mundo. Los

organismos Nacionales como Internacionales son los que han tomado medidas regulatorias para beneficio de la población, en cuanto al inicio o incremento del consumo de tabaco y los que tienen enfermedades relacionadas a fumar sean atendidos.

En mayo de 2003, la 56<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó, por unanimidad, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), cuyo objetivo es señalar las medidas que los países deben instrumentar con ese propósito. También se creó el Sistema Global de Vigilancia del Tabaco para evaluar el cumplimiento de las acciones propuestas. Recientemente, la OMS ha propuesto un plan, denominado MPOWER, con medidas que han probado su capacidad para reducir la prevalencia del consumo.

“Los avances en el control del tabaco en México, para dar cumplimiento al CMCT, son: la Ley General para el Control del Tabaco, la no venta a menores de edad, desde 1984; la presentación de pictogramas en las cajetillas y los impuestos a los productos del tabaco. (INP/ INSP, 2012). A nivel local, el DF cuenta con la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores.”

Todas estas medidas son las que ayudan a disminuir los riesgos del consumo de tabaco y que las regulaciones sean cumplidas por las industrias tabacaleras, con la finalidad de reducir la tasa de mortalidad y de enfermedades a consecuencia del tabaco.

## 1.6 Convenio Marco para el Control del Tabaco

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) se elaboró como respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo, reconociéndolo como un problema de salud pública y que requiere de una amplia participación internacional que permita darle solución de forma efectiva. Es uno de los tratados de las Naciones Unidas más ampliamente aceptados y el primero del mundo contra el tabaco.

El objetivo del CMCT es:

“Proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” (OMS, 2003).

Es de suma importancia que estos convenios que se han aprobado sean respetados por las industrias tabacaleras así como por las instituciones, establecimientos, lugares públicos, donde se concentran grandes cantidades de personas y que están expuestas a las sustancias que contiene el cigarro.

Zinser(2010) menciona que la importancia de respetar las leyes repercute en la calidad de vida, no solo de las personas que no fuman sino también de los fumadores, haciéndose un entorno social en relación al tabaquismo mucho mejor.

Sus disposiciones establecen normas internacionales para el control del tabaco en términos de publicidad, promoción, patrocinio, adopción de medidas fiscales como el precio, empaquetado y etiquetado, el tráfico ilícito y protección frente al humo de tabaco en el ambiente, con el fin de proteger a toda la población frente a las consecuencias sanitarias, económicas y sociales atribuibles al consumo de tabaco.

#### 1.6.1 Plan de Medidas MPOWER

Según la OMS (2008) se elaboró el documento MPOWER (un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo), el cual presenta un plan basado en las medidas de CMCT (Convenio Marco para el Control del Tabaco) para reducir la prevalencia del consumo de tabaco.

La finalidad que tiene este plan es: Ayudar en la planificación, el establecimiento y la evaluación de alianzas nacionales e internacionales, y al mismo tiempo facilitar el acceso a los recursos financieros destinados a las actividades de control del tabaco.

En resumen las políticas e intervenciones del documento MPOWER son:

#### Vigilar el consumo de tabaco

- Obtener datos periódicos representativos a escala nacional, basados en la población, sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.

#### Proteger a la población del humo del tabaco

- Que las leyes que protegen los espacios libres de humo se cumplan.  
Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
- Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoría sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud.
- Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda para el abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con un tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo cuando sea conveniente.

#### Advertir de los peligros del tabaco

- Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces.
- Realizar campañas de publicidad antitabáquica.
- Obtener la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas por los medios de difusión.

Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

- Que las leyes cumplan con los acuerdos establecidos a la prohibición de la publicidad del tabaco.

Aumentar los impuestos al tabaco.

Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación, a fin de que aumenten más rápido que el poder adquisitivo de los consumidores.

La epidemia de tabaquismo es el único entre los principales problemas de salud pública de nuestros días que se puede solucionar con medios claros y a nuestro alcance. Si los países muestran el compromiso político y cuentan con el apoyo técnico y logístico que necesitan para aplicar el plan de medidas, pueden salvar millones de vidas. (OMS, 2008).

## Capítulo 2 Dimensiones sobre el consumo de tabaco

### 2.1 Mecanismos de acción de la nicotina que involucran a los neurotransmisores

Los daños ocasionados por el consumo de tabaco no solo repercuten a nivel orgánico, sino también afecta en el sistema nervioso central, ocasionando alteraciones en la función de los neurotransmisores que están involucrados en la adicción al tabaco.

La nicotina es el principal componente del tabaco altamente adictivo ocasionando la dependencia al uso constante y convirtiéndose en una adicción difícil de abandonar aun cuando exista daño orgánico.

El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas crónicas, así como enfermedades cardiovasculares, cáncer y alteraciones de la función reproductiva.

Las decisiones de los jóvenes sobre si se debe usar el tabaco tienen consecuencias de por vida. Por un lado, si una persona llega a la edad de 18 años sin ser usuario de los productos del tabaco, es muy poco probables convertirse en un consumidor de tabaco en la edad adulta. Por otro lado, la mayoría de los niños y jóvenes que inician el uso regular de tabaco se vuelven adictos y su adicción persiste durante muchos años, tal vez durante toda su vida. Por ello, una política de prevención centrada en los jóvenes es una parte esencial de



cualquier estrategia coherente de lucha contra las enfermedades relacionadas con el tabaco y la muerte. (Lynch & Bonnie, 1994)

La nicotina es el principal ingrediente psicoactivo que buscan los consumidores de tabaco. Si en el tabaco no hubiera nicotina, la gente no fumaría. Por ello los cigarrillos y las demás formas de consumirlo pueden ser considerados como un instrumento para administrarse nicotina.

“La nicotina es una droga que causa adicción y, como se sabe, sirva como agonista de la acetilcolina al estimular sus receptores nicotínicos” (Carlson, 1996)

La hoja del tabaco contiene dos componentes esenciales: el agua y la materia seca. El agua representa más del 80% del peso total de la hoja antes de ser cortada, mientras que la materia seca o ceniza está formada por compuestos orgánicos e inorgánicos muy variados.

La nicotina se forma en las raíces de la planta y de ahí es transportada a las hojas en donde se almacena, principalmente en las hojas superiores.

La nicotina representa el 5% del peso de la planta del tabaco.

La nicotina es un alcaloide líquido, oleoso e incoloro, cuyos efectos son tanto estimulantes como sedantes. Es la causa principal de la adicción, debido a que activa los mecanismos de placer del cerebro: la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. Además en las personas adictas se manifiesta una sensación de relajación invitándola a seguir fumando en momentos estresantes.” En la

dependencia al tabaco, influye también el sabor o el aroma, además de los “rituales” que acompañan el proceso de fumar y la interacción social entre los fumadores” (SSA, 2001).

En siete segundos una cuarta parte de la nicotina ha llegado al cerebro, a través de la arteria pulmonar. Es una droga psicoactiva y un potente reforzador conductual, capaz de producir severa dependencia química en el consumidor.

De acuerdo con Carlson (1996) existen diferentes tipos de drogas que activan el sistema nervioso central y en consecuencia se activa la conducta, entre las drogas que tienen tales efectos se encuentra la nicotina, anfetamina y cocaína, por lo que al ser un reforzador al cerebro las personas abusan de ellas hasta convertirse en adicción.

Según el manual DSM-IV-TR de la Asociación de psiquiatría Americana (APA) como la clasificación CIE-10 mencionan que la adicción a la nicotina es un fenómeno neurobiológico complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales.

## 2.2 Farmacocinética y Farmacodinamia

### Farmacocinética

Para poder comprender cómo se produce la adicción a la nicotina es necesario conocer la farmacocinética de la sustancia. El término de farmacocinética se refiere a los procesos de absorción, distribución y eliminación de los fármacos por el organismo. La absorción se

define como el paso del fármaco a través de los tejidos, a fin de alcanzar el torrente circulatorio. La distribución en los líquidos intersticiales, celulares y transcelulares, dependen de las características fisicoquímicas de la sustancia, del gasto cardiaco y el riego sanguíneo regional. La eliminación de las sustancias ocurre una vez que éstos han sido metabolizados (CIJ, 2003).

La nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente, por inhalación, en los pulmones, o a través de la piel, comenzando su acción al unirse a los receptores colinérgicos-nicotínicos.

Soto, Villalbí, Balcázar & Valderrama (2002) mencionaron que la nicotina produce el aumento de las concentraciones de dopamina, por lo que estimula la actividad de los circuitos cerebrales que regulan la sensación de placer y satisfacción.

Para que una sustancia pueda llegar a ejercer acciones reforzadas debe llegar al cerebro y atravesar fácilmente las membranas celulares, lo cual significa que la sustancia tiene un alto grado de liposolubilidad. Por lo tanto en el proceso de la farmacocinética se menciona que, cuanto más rápida sea la absorción de la sustancia, mayor es la intensidad de los efectos de la misma al entrar al organismo y, consecuentemente, su poder reforzador, dependerá de lo rápido que se ocasionen éstos, lo cual a su vez depende las características farmacocinéticas de la labor de tabaco consumida y de la vía de administración empleada (Rodríguez y Cols, s/f).

Esta relación tan rápida, casi inmediata, entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral (en los sistemas de recompensa) es uno de los factores que contribuye a que la nicotina sea altamente adictiva (DeGranda y cols., 2006).

Al activar el sistema dopaminérgico produce una sensación de placer, aumento de la energía, motivación y agudeza mental. También incrementa la liberación de norepinefrina, lo que conlleva una mayor capacidad de concentración, memoria y habilidad para resolver problemas, además de reducir el apetito (Pérez y cols., s/f).

Debido a la rápida absorción de la nicotina es que sea adictiva y por lo tanto se incrementa el deseo y la necesidad de fumar en todo momento. Es el motivo por lo que la persona adicta al tabaco no espera espacios prolongados sin fumar.

Las propiedades farmacocinéticas de la nicotina parecen contribuir al carácter adictivo del tabaco. El humo que se libera en su combustión produce una rápida distribución de la nicotina en el SNC, alcanzando su pico de concentración en menos de 10 s después de cada inhalación (Soto et al.2002).

## Farmacodinamia

La farmacodinamia comprende el estudio de los mecanismos de acción de las drogas y de los efectos bioquímicos, fisiológicos o directamente farmacológicos que desarrollan las drogas (Valsecia,sf).

Aproximadamente, en los siguientes 8 segundos después de haber fumado, mediante los vasos sanguíneos, un 25% de la nicotina llega al cerebro a travesando la barrera hematoencefálica, alcanzando así las sinapsis neuronales que poseen receptores colinérgicos de tipo nicotínico. Es casi de manera inmediata que la nicotina llega al cerebro actuando de manera placentera al individuo.

CIJ (2003) menciona que la nicotina se une a receptores nicotínicos colinérgicos del área tegmental ventral en el sistema nervioso central y activa las neuronas conectadas con neuronas del núcleo accumbens del sistema mesolímbico, que en respuesta liberan dopamina provocando una sensación de bienestar y placer que estimula todo el circuito de recompensa. El incremento de dopamina hace que aumenten los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos, produciéndose con ello una sensibilización de la respuesta dopaminérgica, se reduce también la concentración de la enzima monoaminoxidasa que degrada la dopamina contribuyendo a una mayor concentración de ésta.

Una vez estimulado el sistema mesolímbico su influencia llega hasta el hipocampo y la amígdala, produciéndose una percepción de placer y felicidad, como sucede con la heroína y la cocaína. La activación llega al núcleo coeruleus causa liberación de norepinefrina que reduce el apetito llevando a la pérdida de peso.

Al estimularse el hipocampo y la amígdala se desencadenan los deseos de fumar por la presencia de estímulos externos como un cenicero, una computadora, una canción, un anuncio, una taza de café o estímulos internos, como una sensación de frustración, tristeza, ira, ganas de comer.

### 2.3 Síndrome de Abstinencia

“El síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas como: tristeza o depresión, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad y dificultades para concentrarse, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito” (INER ,2007).

Los síntomas de abstinencia comienzan al cabo de unas horas de haber recibido la última dosis de nicotina y alcanzan su plenitud a las 24-48 horas.

Para la CIE-10 (2008) el Síndrome de Abstinencia se considera como un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad diferentes, que se presentan cuando hay abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia pudiéndose complicar si el sujeto presenta convulsiones.

### 2.4 Mitos asociados al cese del consumo

Los mitos son creencias que se tienen al consumir tabaco, por lo que resulta difícil a la persona abandonar el hábito de fumar.

El que la persona tenga la creencia de que puede dejar de fumar en el momento que lo desee es un mito, ya que la realidad es que la nicotina al ser una droga muy adictiva de acuerdo a las cifras que reporta la ENA (2011), el 58% de fumadores han intentado dejar de fumar y tan solo el 26.4% lo ha logrado.

Otro de los mitos que los fumadores creen es que los adultos tienen el derecho de elegir fumar, pero la realidad es que, fumar es una adicción que habitualmente comienza entre los 12 y 14 años de edad.

De acuerdo con Córdoba (2009) una influencia potencial en los adolescentes es que el grupo de pares ejerce para que los jóvenes comiencen el consumo a temprana edad, utilizándolo como un mecanismo de integración a un determinado grupo.

También se tiene la creencia que fumar es relajante mientras que la sensación de alivio ante el estrés es producido por la adicción a la nicotina.

Un mito común entre fumadores es que el cigarro no afecta a la salud y que hay muchas personas que han vivido por muchos años sin desarrollar enfermedades y la realidad es que el tabaco afecta al organismo por las sustancias tóxicas que contiene. Se cree además que los cigarrillos que son bajos en alquitrán o nicotina reducen los riesgos asociados al tabaquismo.

Un factor más, asociado al consumo del tabaco es el control de peso corporal, muchas mujeres tienen la creencia que fumar las mantiene esbeltas, utilizándolo como un método eficaz, económico y sencillo que logra el objetivo. “si el control de peso ha sido motivo de inicio de fumar, se asocia positivamente al riesgo de recaída” (Separ 2002).

Existen diferentes motivos por los que las personas comienzan a consumir tabaco, sobre todo esta adicción inicia comúnmente en la adolescencia convirtiéndose en adictos en la edad adulta, la principal razón es por imitación a los demás o por pertenecer a un grupo social, la influencia de los amigos es un predisponente para que los jóvenes comiencen a interesarse en probar el tabaco.

Según la SSA (2001) los factores de riesgo que pueden involucrar al individuo a consumir tabaco son los individuales, sociales y familiares.

“El 75-80% de los fumadores adultos iniciaron el hábito entre los 10 y 19 años. La conducta de fumar se forma a partir de diversos estadios de cambio (adquisición, prueba inicial y experimentación). Los factores implicados incluyen predisposición (normas, valores de los iguales y de la familia, factores individuales y personales), aspectos sociodemográficos, disponibilidad, coste, publicidad, expectativas, estrategias de afrontamiento y efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos, inducidos por la nicotina (Pascual, 2012).



Entre los factores individuales que se relacionan al tabaquismo están la falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, sistema de valores poco claros, escasos o nulas habilidades sociales, la dificultad para hacer frente a los conflictos, este último puede facilitar el uso de sustancias legales como ilegales, en lugar de buscar respuestas y soluciones constructivas frente a los conflictos presentados. Además de la curiosidad por saber qué efectos tienen el consumo de tabaco.

Los factores sociales son de suma importancia como riesgo para el consumo de tabaco, el grupo de pares con el que está relacionado el adolescente va influir para que este comience en el uso de la sustancia, en ocasiones lo hace por imitación o por pertenecer a cierto grupo, por la presión de los compañeros en que debe de comenzar a ser persona adulta a través del inicio de fumar, a veces el adolescente puede sentirse rechazado por sus amigos si se niega probar las sustancias y al no tener la información necesaria y no ser asertivo acepta el consumo de lo que sus amigos ofrezcan. Pero indiscutiblemente la publicidad de los productos en sus diferentes facetas, hace que las personas se enganchen y su consumo se incremente, sobre todo cuando el producto lo anuncia un modelo a seguir, los adolescentes desean ser como la persona a la que admiran.

Según la Separ (2002) existe la aceptación y permisividad social al consumo del tabaco, la valoración social de la nicotina es diferente a las drogas ilegales, además que los personajes importantes de los medios de comunicación aparezcan fumando o los deportes

sean patrocinados por marcas comerciales de tabaco, hacen creer a los jóvenes que la nicotina es algo común y no perjudica.

La familia representa otro factor de riesgo en el consumo de tabaco, dependiendo de la educación y permisividad que los padres tengan hacia los hijos, en ocasiones existen familias demasiado rígidas en que los adolescentes no logran tener una comunicación adecuada por lo que comienzan a experimentar en otro lugar diferente al hogar sobre las inquietudes que tienen, o en ocasiones los padres son demasiado permisivos y no ponen límites o reglas dentro del hogar y de esta manera los jóvenes comienzan a fumar delante de los padres sin problema alguno, o comparten los cigarrillos entre la familia y por ser una droga legal le es permitido el acceso sin restricción.

Cuando un miembro de la familia fuma en el hogar, el adolescente aprende esta conducta, además de hacerse tolerante al humo del cigarrillo, lo más probable que también sea un próximo fumador.

“El tabaquismo de los padres aumenta la probabilidad del tabaquismo de los hijos, y se produce una clara influencia de los compañeros. Una serie de conductas problemáticas se han relacionado con el inicio del consumo del tabaco” (Et al, 2002).

Ferrándiz, Diez y Sanz (2009) Mencionan que el uso de sustancias, al igual que otras conductas, se aprende por procesos de modelado y reforzamiento, y se encuentra mediatizado por factores intrapersonales como cogniciones, actitudes, expectativas y personalidad.

Algunas personas piensan que el tabaco tiene efectos benéficos para su cuerpo, como que el tabaco es relajante, fumar les permite disminuir el estado de estrés en que se encuentra, o fumar antes de dormir le permite tener un mejor descanso, también tienen la creencia que el tabaco les proporciona mejor concentración al estar realizando una actividad donde se requiera pensar, otra idea del fumador es que el cigarro le permite tener una mejor digestión y es por eso que fuman después de consumir sus alimentos.

### Capítulo 3 Intervenciones Breves Psicológicas

Los costos atribuibles al consumo del tabaco se extienden más allá de los costos directos por atención de enfermedades del fumador. Otros costos incluyen los gastos de atención médica para fumadores pasivos, ausentismo laboral por incapacidad, disminución de la productividad, invalidez, daños por incendios debido a fumadores descuidados, incremento en los costos de limpieza por colillas, daño ambiental por deforestación, contaminación por pesticidas y fertilizantes (CMCT/INSP, s/f).

Según el Atlas de Tabaco (Eriksen, 2012) en México, los costos directos por fumar alcanzan los 5,700 millones de pesos. De igual manera señala que el periodo de 2003 a 2008, el porcentaje de gasto total en el sistema de salud, dedicado tratar enfermedades relacionadas con el tabaco fue de 10.5%.

Los servicios de salud son los principales en detectar a las personas consumidoras de tabaco que por lo regular llegan a consulta por algún problema relacionado al tabaquismo y son remitidas para la atención de la adicción.

Cabezas (2000) menciona que atención primaria constituye el centro de referencia en el control y la prevención del tabaquismo dada su accesibilidad y cobertura poblacional. Se sabe que más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas de atención

primaria con una frecuentación entre 5 y 6 veces, lo que supone una oportunidad única, específica de este nivel asistencial, de poder intervenir en un gran número de personas.

El primer nivel de atención se refiere al sustento de la actividad preventiva familiar y comunitaria para la identificación temprana, orientación, tratamiento y rehabilitación de fumadores, con especial énfasis en mujeres gestantes, niños, adolescentes, sujetos a alto riesgo, así como pacientes crónicos afectados por el tabaquismo, y en su caso su derivación a servicios de segundo y tercer nivel cuando así se amerite.

En el segundo y tercer nivel, además de las actividades de tratamiento y rehabilitación del fumador, serán el soporte fundamental para el desarrollo de investigación clínica y epidemiológica del tabaquismo, de capacitación y enseñanza médica, así como auxiliar en el diseño de medios y contenidos de difusión de las campañas que emprendan la Secretaría de Salud y otros organismos facultados. (Almada, 1991).

A partir de los años 60 la búsqueda de programas para prevenir o reducir el problema de salud pública por el abuso de drogas legales e ilegales, se ha realizado programas que benefician a estos problemas pero han sido costosos por ser intensivos y prolongados.

La Organización Mundial de la Salud (1994,1996) citado en Reidl (2012) propuso el uso de métodos eficientes y poco costosos para identificar de manera temprana a las

personas con patrones de consumo que los pone en riesgo y desarrollar estrategias de prevención e intervención para detener las consecuencias sociales y de salud que desarrollan las personas cuando tienen una dependencia a la sustancia.

Es como surge el uso de las intervenciones breves que varios investigadores han validado empíricamente (Babor, Ritson y Hodgdon, 1986). Et al (2012).

Debido a los altos costos que las instituciones de salud tienen que financiar para la atención en tratamientos relacionados a las enfermedades a causa del tabaquismo es que consideran necesario invertir en información preventiva para disminuir los costos sobre los daños que ocasiona el tabaco, así mismo, la inversión en tratamientos breves para dejar de fumar ocasiona menor costo que tratar las enfermedades que desarrollen los fumadores.

El Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias se dio a la tarea de diseñar un programa para dejar de fumar debido al incremento de pacientes con problemas respiratorios a causa del tabaquismo, en 1976, se fundó la clínica de tabaquismo. En 1977, apareció el primer reporte de sus actividades.

Debido al éxito del programa distintas instituciones lo han retomado para realizar tratamientos en tabaquismo, Centros de Integración Juvenil lo lleva a cabo en las clínicas para dejar de fumar con respuestas satisfactorias en pacientes rehabilitados.

### 3.1 Tratamiento para dejar de fumar, caso clínico.

El programa consiste en aplicar al paciente de forma individual o grupal 10 sesiones distribuidas una cada semana, antes de iniciar con las sesiones se hace una evaluación a los pacientes a continuación se da una breve explicación del tratamiento.

#### Evaluación:

La evaluación tiene como objetivo fundamental describir el problema por el que la persona acude a tratamiento, llegar a un diagnóstico del trastorno y saber si el paciente es candidato al tratamiento.

#### Entrevista conductual

El objetivo de la entrevista conductuales obtener aquella información relevante que nos va permitir conocer el problema de la persona, las causas del mismo y poder planificar un adecuado plan de tratamiento, lo que se consigue con la entrevista conductual es conocer los elementos antecedentes de la conducta, un análisis minucioso de la conducta, las variables del organismo que se relacionan con ella, y los consecuentes que produce esa conducta problema.

#### Pruebas médicas

Cuando el fumador tiene asociados problemas médicos suele ser más probable que acuda a tratamiento para dejar de fumar si es así se canaliza al médico para que le hagan estudios donde valoren si va ser atendido simultáneamente al tratamiento psicológico.

Aplicación de instrumentos psicológicos.

Cuestionario de motivos, Test de Fargestrom, Inventario de Situación De Riesgo según Labrador, Echeburúa y Becoña, (1998); Secades y Fernández (2001) una buena evaluación, en estos casos, es claramente el paso previo, e imprescindible, para poder aplicar un tratamiento adecuado, tratamiento que se tiene que fundamentar en la evidencia científica.

Después de haber hecho la evaluación se les otorga otra cita a los pacientes para dar inicio al tratamiento. A continuación se citan las sesiones del tratamiento para dejar de fumar:

#### Sesión 1. De introducción

Objetivos:

Establecer el encuadre terapéutico.

Describir las características de la adicción a la nicotina y lo que se espera del tratamiento.

Conocer el contenido de cada una de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción.

Dentro del encuadre terapéutico, se señala los días, hora, número de sesiones, frecuencia y duración de las mismas, para llevar a cabo las sesiones, se definen las reglas a



seguir para el desarrollo, manejo de tolerancia, respeto a las opiniones de los demás y el compromiso con la confidencialidad, enfatizando que el trabajo de cada sesión es complementario y consecutivo, por lo que es importante la asistencia a todas las sesiones.

El terapeuta entregará el autoregistro diario de consumo de tabaco y explicará cómo realizarlo, se aclara que este formato se revisará al inicio de las sesiones.

## Sesión 2. Línea base

Objetivos:

Analizar los determinantes que condicionan la conducta de fumar.

Analizar los motivos de inicio, la carrera de consumo y la conducta como fumador.

Analizar los motivos de mantenimiento.

Conforme se revisen los autoregistros, se identifican qué beneficios obtienen al fumar y al mismo tiempo reconocen las circunstancias en que se da el consumo o condicionan el deseo de fumar, de tal manera que el terapeuta propicia el análisis en plenaria entre los integrantes del grupo, para generar una identificación entre el mismo grupo y que se den cuenta que tienen varios elementos que compartir, y que quizá muchos de ellos corresponden más a una dependencia psicológica

Los motivos de mantenimiento pueden ser:

Psicosocial, estimulante, manipulación, por distracción o placer, reducir tensión, por necesidad o urgencia, en forma automática.

### Sesión 3. Abstinencia

Objetivos:

Conocer y aprender las estrategias para mantener la abstinencia al tabaco a partir de esta sesión.

En ocasiones los pacientes no logran dejar de fumar en la tercera sesión, sin embargo, disminuyen en gran medida el consumo de cigarrillos, esto puede retomarse para fortalecer su motivación y confianza para suspender el consumo y seguirlo invitando a que deje de fumar, la intervención motivacional que realice el terapeuta es de suma importancia. Tal vez deje de fumar en una o dos sesiones más adelante, mientras va disminuyendo el consumo.

En esta sesión se les proporciona a los pacientes una serie de recomendaciones para permanecer en abstinencia y disminuir la ansiedad que le genera al no fumar. Además de señalar los beneficios que se obtienen al dejar de consumir tabaco.

### Sesión 4. Daños a la salud

Objetivo:

Identificar las alteraciones que el tabaco, el humo de su combustión y la nicotina ocasionan al organismo.

Se identificarán los cambios que han observado en su salud, a partir de la información que recabe generará la discusión respecto a si creen que el consumo estuvo o no relacionado, directa o indirectamente con dichos malestares y de qué forma, se deberá considerar enfermedades cardiovasculares como hipertensión, arritmias, rinitis, dificultad para respirar, como sensación de ahogo, entre otras.

Deberán remarcarse los beneficios que se obtienen, por ejemplo a medida que va pasando el tiempo por dejar de fumar se puede igualar a la salud de alguien que nunca fumó, considerando para ello la edad de inicio, así como el tiempo que estuvo fumando.

#### Sesión 5. Cambios metabólicos

Objetivo:

Introducir al paciente a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de tabaco y a su abstinencia.

El paciente fumador presenta alteraciones metabólicas, ya que la nicotina actúa a nivel de S.N.C. y autónomo, liberando catecolaminas y neurotransmisores, dando como resultado una aceleración general del metabolismo, ocasionando taquicardia, hipertensión arterial, ansiedad, insomnio, se altera el sistema gastrointestinal, lo cual se relaciona con la falsa creencia de que el fumar ayuda en el estreñimiento, lo cierto es que va dañando la mucosa gástrica lo que favorece la presencia de gastritis o úlcera péptica, también se alteran los niveles de colesterol y triglicéridos.

Se hacen recomendaciones sobre la alimentación y ejercicio físico adecuado para evitar el aumento de peso.

#### Sesión 6. Relajación muscular

Objetivo:

Habilitar al paciente en el manejo de técnicas de relajación, que le permitan hacer un mejor manejo de la tensión, estrés y ansiedad.

Se hace el comentario a los pacientes que quizá en algunos momentos llegan a sentirse estresados y con un fuerte deseo de querer consumir nuevamente para disminuir dicho malestar, por la falsa creencia de que un cigarro podrá calmarlos, sin embargo otra forma en que lo puede hacer sin poner en riesgo su abstinencia alcanzada es mediante la relajación.

Entre las ventajas que tiene el realizar ejercicios de relajación, es que permite desarrollar habilidades para mantener la tranquilidad, descanso, inspiración, creatividad, así como ayudar a potencializar la concentración, reforzar los cambios positivos y aprender técnicas de introspección.

El ejercicio de relajación permite obtener una reducción en el ritmo cardíaco, lograr una respiración profunda, que los músculos se sientan relajados y sueltos, lograr una paz mental y una sensación de refrescamiento corporal.

#### Sesión 7. Desarrollo de habilidades asertivas

Objetivo:

Identificar los diferentes tipos de respuesta que se pueden dar ante situaciones de alto riesgo que ponen en conflicto el mantenimiento de la abstinencia.

La asertividad se considera como la facultad que tiene una persona para expresar sentimientos, emociones y opiniones de manera entendible, adecuada sin por ello ofender o atacar a personas que tienen un punto de vista diferente al propio. Se busca expresar la manera en que nos hace sentir una situación determinada, una actitud en específico por lo que solicitamos la posibilidad de realizar un cambio a fin de que no nos afecte.

El aprender a ser asertivo, permite tener una mejor capacidad para ir incrementando la expresividad de emociones, aprender a hablar en primera persona para expresar acuerdos y desacuerdos, así como solicitudes que pueden parecer espontáneas y no por ello dejan de ser precisas.

#### Sesión 8. Solución de problemas y toma de decisiones

Objetivo:

Aprender nuevas formas para afrontar situaciones de alto riesgo.

Adquirir un entrenamiento en solución de problemas resulta una técnica útil, ya que mientras fumaban aprendieron a utilizar la descarga de nicotina o derivar el nerviosismo en la manipulación del cigarro, como una forma para afrontar los problemas, es decir, se

convirtió en una muleta para manejar y resolver los problemas, de manera que si se va a retirar el consumo de tabaco se le deben dar herramientas al paciente que le permita seguir alejado del consumo y al mismo tiempo manejarse ante dichas situaciones de otras formas.

#### Sesión 9. Reincidencia/ Recaída

Objetivo:

Entrenar la manera de enfrentar adecuada y asertivamente las situaciones de riesgo de consumo.

La recaída forma parte de ese proceso cíclico y re cíclico, previo a establecer una nueva conducta, en este caso que se oponga a la conducta de fumar.

Por lo que es importante continuar con un proceso de afrontamiento, donde el manejo de estrategias se convierte en la clave para manejar situaciones del medio social que nos rodea, por ello es importante mantener una identificación de aspectos que les puedan llevar a consumir nuevamente, para poner en práctica los recursos que cada uno ha desarrollado a lo largo del tratamiento.

#### Sesión 10. Análisis y Conclusiones

Objetivo:

Analizar el aprendizaje obtenido en el manejo y control de la abstinencia al tabaco desde el MCC.

Puede realizarse, a modo de resumen, un recorrido de cómo se fueron estableciendo las modificaciones de los pensamientos, lo que, para cada integrante, significa concluir el tratamiento y la etapa de consumo y finalmente, la manera en cómo vivieron su proceso.

Se deberá hacer énfasis en la importancia que tiene el asistir a las sesiones de seguimiento, las cuales buscarán reforzar los cambios generados, por lo que la motivación que cada paciente tenga para mantener la abstinencia es muy importante, así como el hecho de que si se llega a presentar nuevamente el consumo, no tiene por qué sentirse mal. Deben recordar que ello es señal de que se debe seguir trabajando y reforzar los esfuerzos para lograr el cambio definitivo.

“Puesto que el tabaquismo es una actitud, se decidió que la terapia Cognitivo-Conductual sería una buena alternativa. Para ello se utilizó como sustrato teórico las bases de la Teoría Racional Emotiva (TRE)” (Sansores, 1998).

En 1982, en asociación con el Instituto Mexicano de psiquiatría, se creó y fundó la Clínica de Tabaquismo. Desde su creación la clínica ha experimentado modificaciones sustanciales y las experiencias de los diferentes integrantes han servido para conformarlo.

El modelo conductual sostiene que el individuo aprende una conducta en base a una serie de estímulos y respuestas. Los estímulos se derivan del medio

ambiente, tanto familiar, escolar y en general de la vida diaria. Cada estímulo condiciona una respuesta (aprendizaje) y esta depende de la fuente, la calidad del modelo y la forma cómo el individuo interpreta tales percepciones. Bajo este marco teórico se puede entender la conducta humana (Et al, 1998).

Existen diferentes tipos de tratamientos para dejar de fumar, el tratamiento especializado de primera elección es un tratamiento psicológico multicomponente, el chicle y el parche de nicotina es otra opción pero con un tratamiento especializado con tratamiento conductual para mayor eficacia. “Otro método utilizado es la acupuntura con poca o ninguna posibilidad de buenos resultados” (Caballo, 2008).

Entre las opciones de tratamiento se encuentra el farmacológico en donde se distinguen los compuestos sin nicotina y la terapia de reemplazo con nicotina (TRN) en el primer grupo destacan el tartrato de vareniclina, que es un agonista parcial de los receptores nicotínicos cerebrales que reduce los síntomas de abstinencia así como el deseo y urgencia por fumar; los medicamentos antidepresivos como bupropión, que estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica y duplica la tasa de abstinencia en comparación con el parche de nicotina (Regalado, 2007). Dentro de la TRN se encuentran los parches, goma de mascar, tabletas sublinguales y orales, dispositivos de inhalación oral y aerosol nasal.

Intervención breve, también conocido como consejo breve o consejo médico, es una intervención que puede ser aislada (darse en una única ocasión) o sistemática (proporcionarse



de forma repetida), cuyo objetivo es que el o la paciente adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, reflejado en el abandono del tabaco (CONADIC, 2003).

Un objetivo fundamental de la intervención breve es desarrollar la autoeficacia de los pacientes, es decir, desarrollar la confianza en su capacidad para lograr un cambio de conducta y de elaborar un plan de acción para lograrlo, empleando sus propios recursos y experiencias previas.

La organización Mundial de la salud 1994, citado en Reidl (2012) “define a las intervenciones breves como estrategias terapéuticas que combinan la identificación temprana de personas con conductas adictivas (de riesgo o destructivas) y la oferta de un tratamiento dirigido a la población de consumidores aún no dependientes”

“La meta de las intervenciones breves es que las personas desarrollen estrategias generales de solución de problemas que les permitan enfrenta los cambios en su estilo de vida.

Los modelos de intervención comparten una serie de estrategias como son la entrevista motivacional y las etapas de cambio, el análisis funcional de la conducta, el entrenamiento

de habilidades de afrontamiento, técnicas de autocontrol, la autoeficacia y la prevención de recaídas” (Et al, 2012).

### 3.2 Tratamiento psicológico

En Becoña (2010) se menciona que los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60, de la mano de las técnicas psicológicas de modificación de conducta y se expande a los años 70. Hasta hoy en día han sido efectivas y se han ido desarrollando tratamientos psicológicos con técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de la prevención de la recaída que han funcionado favorablemente. Estos tratamientos se pueden aplicar de manera individual y grupal.

El apoyo emocional y psicológico es de ayuda en el proceso de tratamiento del tabaquismo, por lo tanto las personas con problemas de tabaquismo encuentran un importante beneficio en este tipo de tratamiento.

“De acuerdo con las evidencias científicas, se ha observado que uno de los enfoques que ha probado mejores resultados para abordar el cambio en el consumo de tabaco, es el Modelo Cognitivo Conductual” (CIJ, 2010).

Los pasos que siguen este modelo consisten en revisar y analizar situaciones que se relacionan con la conducta de fumar, para aprender a reconocerlas y anticipar formas de manejo para evitar fumar.

Aprender nuevas respuestas que sean saludables e incompatibles con el hábito tabáquico, a fin de lograr y mantener la abstinencia.

Manejo de tareas para la casa. La importancia que tiene la realización de las tareas para casa es que favorece la práctica de nuevas habilidades dentro de su propio contexto. (Et al, 2010).

El objetivo de la terapia Cognitivo Conductual es cambiar un pensamiento irracional por uno racional. Se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en la instauración, mantenimiento y abandono del tabaquismo.

Desde este modelo se busca que la persona sea capaz de reconocer las emociones o pensamientos que anteceden la conducta de fumar, mediante un monitoreo personal para modificar esta conducta y las creencias asociadas al tabaquismo.

El asesoramiento puede ayudar a los fumadores a identificar y superar las situaciones que les provocan el deseo de fumar. La evidencia muestra que la tasa de éxito para todos los métodos para dejar de fumar es más alta cuando se combinan con apoyo psicológico (Consejo Mexicano contra el tabaquismo, s/f).

Una de las terapias de tipo psicológico más utilizadas es la terapia cognitivo-conductual, a través de la terapia individual o grupal.

Esta terapia busca que el paciente modifique la conducta aprendida de fumar tabaco y se enfrente a sus percepciones y creencias erróneas, lo más relevante que se trata durante el proceso son: identificar las situaciones de riesgo para el consumo, identificación de estrategias de afrontamiento para continuar la abstinencia, fomentar que los usuarios se impliquen en las actividades para obtener los resultados deseados.

La interrupción del consumo de la nicotina en una persona fumadora desencadena una serie de síntomas que constituye el llamado síndrome de abstinencia, este se manifiesta con diferente intensidad y duración según el consumo de cigarrillos diarios, la duración del hábito y diversos factores psicológicos y personales.

Debido a la cronicidad del tabaquismo, sólo una pequeña proporción de los consumidores de tabaco logra mantener la abstinencia tras un primer intento de abandono. La mayoría de los pacientes persisten en el consumo de tabaco por muchos años y generalmente pasa por períodos de abstinencia y recaídas.

Para reforzar los cambios que el paciente ha logrado durante el proceso del tratamiento psicológico se debe enseñar el entrenamiento de habilidades sociales que consiste en las relaciones interpersonales que tiene con los demás, además de ser asertivos cuando tenga la necesidad de negarse al consumo del tabaco siendo tolerante y respetuoso con otros fumadores.

“La solución de problemas es cuando la persona aprende a afrontar racionalmente las dificultades o problemas que se le presentan en la vida, cambiando la tendencia a responder impulsivamente ante el conflicto para no ser arrastrado por él” (Lorenzo, Ladero, Leza, Lizasoain, 2009).

Con frecuencia los consumidores de tabaco en el proceso del tratamiento se enfrentan a situaciones de riesgo donde ya han disminuido el consumo de la sustancia y vuelven a incrementar por no saber resistir, por eso es de suma importancia que tengan habilidades de afrontamiento ante una situación emergente sin recurrir al tabaco.

Durante el proceso del tratamiento psicológico es inevitable que la persona pase por el síndrome de abstinencia que es un cambio de comportamiento des-adaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

### 3.3 La adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es fundamental para que el tratamiento sea exitoso, es la forma en que el paciente va a seguir las recomendaciones que se establezcan para un mejor resultado en el tratamiento.

La adherencia terapéutica o comportamiento de adherencia puede ser definida como la coincidencia entre el comportamiento de una persona (tomar la medicación, seguir una dieta o realizar cambios en su estilo de vida) y los consejos sobre la salud, o prescripciones que ha recibido (Martos,P., Pozo, C., Morillejo, E.,2010).

El concepto de adherencia o cumplimiento de las prescripciones de salud o terapéuticas hace referencia a una infinidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud (Et al, 2010).

### 3.4 Alianza terapéutica

La alianza terapéutica se refiere a la relación que va existir entre el terapeuta y el paciente, la confianza que exista para llevar a cabo el tratamiento y que funcione adecuadamente.

Aunque existen diversos modelos terapéuticos, todos ellos presentan una serie de objetivos comunes, como es el mantener una buena alianza terapéutica con los pacientes, motivar al adicto para abandonar el consumo y el desarrollo de

estrategias para la prevención de recaídas. (Fisher y Bentley, 1996) Citado en Rubio, G. López, F. Alamo, C. Santo, J. (2002).

### 3.5 Técnicas cognitivo conductual

Se ha observado que uno de los enfoques que ha probado mejores resultados para abordar el cambio en el consumo de tabaco, es el Modelo Cognitivo Conductual (MCC). Por lo que el Modelo de tratamiento para dejar de fumar se desarrolla desde este modelo cognitivo conductual que consiste en los siguientes principios:

1. Revisar y analizar situaciones que se relacionan con la conducta de fumar, para aprender a reconocerlas y anticipar formas de manejo para evitar fumar.
2. Aprender nuevas respuestas que sean saludables e incompatibles con el hábito tabáquico, a fin de lograr y mantener la abstinencia.
3. Manejo de tareas para casa. La importancia que tiene la realización de las tareas para casa es que favorece la práctica de nuevas habilidades dentro de su propio contexto.

En este sentido el modelo Cognitivo Conductual tiene una estructuración perceptual de que la persona “aprende” a partir de la repetición de estímulos y respuestas, las cuales surgen en los diferentes contextos en que se relacionan como familia, escuela, comunidad entre otros.

Este modelo busca que la persona sea capaz de reconocer aquellas emociones o pensamientos que anteceden la conducta problema, mediante un monitoreo personal, para modificar dichas conductas y las creencias asociadas. Así las diferentes técnicas y teorías que retoma el Modelo Cognitivo Conductual consideran la triada que se forma entre pensamiento – emoción – conducta.

Nos apoyamos en algunas estrategias como la Reestructuración Cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual), Solución de Problemas que incluye la Toma de Decisiones, Modelado, Autocontrol (Autorregulación) y Entrenamiento en Relajación. Entre las que destacan:

Conductuales. Como son el ensayo conductual, reforzamiento, moldeamiento, relajación, las tareas de casa – autoregistro, entre otras.

Reestructuración cognitiva. Como la Terapia Racional Emotiva Conductual, incluye: Solución de problemas, manejo de instrucciones, entre otras.

A continuación se describen técnicas para el Tratamiento para dejar de fumar:

### **Asertividad**

Permite expresar deseos y sentimientos de manera amable, franca, abierta, directa y sobre todo adecuada, sin atentar contra la integridad de los demás y la personal. El Px coopera con los demás para alcanzar objetivos personales.

### **Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC–)**



Con esta técnica las personas aprenden a cambiar pensamientos automáticos, que pueden conducir a un malestar emocional y frustración.

Los Px detectan y modifican pensamientos automáticos es una tarea central, es importante modificarlos y evitar que se conviertan un obstáculo para el bienestar de la persona.

### **Solución de Problemas y Toma de Decisiones**

En 1971 D'Zurilla, Goldfried menciona que existen modelos clásicos de cómo deben tomarse decisiones y un esquema básico para solucionar problemas. (CIJ, 2010)

Este modelo considera dos dimensiones:

1. Orientación al Problema, las creencias sobre el control que ejerce la persona en la resolución de sus problemas, retomando la autoeficacia.
2. Solucionar problemas y por ende la toma de decisiones. Se conjugan la situación con la valoración; las barreras comunes para alcanzar los objetivos: ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o novedades.

### 3.6 El proceso de cambio, modelo de Prochaska y DiClemente

Según Becoña (2010) es de suma importancia conocer el grado de motivación para el cambio en que se encuentra el paciente ya que si está en un grado mínimamente motivado puede suceder que no se adhiera al tratamiento o que lo abandone y no concluya.

“El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos” (Et al, 2010).

Durante estas etapas las personas consideran los daños que ocasiona el tabaquismo y comienza a buscar ayuda para abandonar la conducta y llevar a cabo los cambios necesarios hasta lograr dejar de fumar de manera definitiva.

Prochaska y Diclemente (1992) citado en Ortuño(2010) mencionan que uno de los modelos que más ha ayudado a entender el proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva es su Modelo Transteórico, que propone un modelo tridimensional con una concepción global y diferenciada del cambio en las conductas adictivas, integrando estadios, procesos y niveles de cambio.

Los individuos que modifican sus comportamientos adictivos se mueven a través de una serie de etapas desde pre-contemplación a mantenimiento.

En el modelo de detección oportuna e intervención temprana, la motivación para el cambio es el componente central, ésta no se considera una característica de la personalidad

de un sujeto, sino un estado de disposición para el cambio que puede fluctuar de una situación o de un tiempo a otro.

“La entrevista motivacional, se desarrolló para ayudar a las personas a trabajar sobre la ambivalencia y comprometerse a cambiar, es una evolución de la terapia centrada en el paciente, y combina un estilo empático y de apoyo – propuesto por Rogers con un método directivo para resolver la ambivalencia hacia el cambio” (Hettema y cols, 2008).

“La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona acepte participar, continúe, se adhiera y se mantenga en tratamiento” (Echeverría y cols., 2005).

Si una persona con una adicción no está convencida de los daños que le ocasiona ciertas sustancias que consume, es probable que asista a un tratamiento sin tener éxito alguno y posteriormente vuelva al consumo habitual de la sustancia.

“La motivación es determinante en el proceso que atraviesa una persona para dejar de fumar ya que el sujeto pasa por una serie de estadios que comprenden una actitud mental y una motivación diferente” (Lizárraga y Ayarra, 2001).

Se debe tener en cuenta y hacer ver al paciente que el proceso de cambio para dejar de fumar no es pasar de un estado de fumador a uno de no fumador de un momento a otro sino que justamente es un proceso compuesto de varias etapas que requiere de determinado tiempo para que se complete (López y Martínez, 2006).

Es de suma importancia identificar en qué etapa de cambio se encuentra el paciente para hacer lo que se considere necesario para ayudarlo y el tratamiento tenga éxito.

De acuerdo con Prochaska, DiClemente y Norcross (1994), las etapas de cambio en el proceso de abandono del tabaco son seis. De esta manera, el cambio se conceptualiza como una progresión lineal a través de las etapas, en donde la recaída es “la norma más que la excepción”, ya que si bien la progresión lineal es un fenómeno posible, es relativamente raro en los comportamientos adictivos.

En este modelo de espiral, las personas pueden progresar de contemplación a preparación, a acción y a mantenimiento, pero muchos individuos recaen. Durante la recaída, los individuos hacen una regresión a la etapa anterior. Algunos recaídos se sienten fracasados, desconcentrados, avergonzados y culpables (Et al, 1994).

### 3.6.1 Pre-contemplación

En esta etapa, el paciente no tiene la intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo, es más, muchas personas no se dan cuenta de que tienen un problema.

La resistencia a reconocer o a modificar un problema es la señal de la pre-contemplación.

Cuando un paciente en etapa de pre-contemplación se presenta a recibir algún tipo de tratamiento, lo hacen por la coacción de otros para cambiar el comportamiento adictivo por lo que pueden demostrar intenciones de cambio mientras existe la presión, pero cuando ésta desaparece a menudo vuelven a consumir. Del mismo modo, los pacientes en esta etapa pueden desear cambiar pero esto es muy diferente a intentar o considerar seriamente hacerlo.

En esta etapa la persona se siente presionada por el médico o por su familia para que asista a algún tratamiento pero no es consciente de los daños que ocasiona el tabaco en su organismo y difícilmente acepta necesitar ayuda.

Caballo (2008) menciona que en esta etapa el aspecto crítico es aumentar la toma de conciencia del individuo sobre su adicción y hacerle ver la necesidad de plantearse su problema para lograr un cambio en su estilo de vida.

### 3.6.2 Contemplación

Es un estado en el que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo pero aún no se han comprometido a pasar a la acción; es decir, saben a dónde quieren ir, pero aún no se encuentran preparados.

El elemento central de la etapa de contemplación es la firme consideración en la resolución del problema.

Las personas que se encuentran en esta etapa aceptan tener el problema pero no acuden a pedir ayuda por considerar que no es el momento apropiado para hacer el cambio.

Miller y Rollick (1991) citado en Caballo (2008) consideran que las personas que se encuentran en esta etapa tienen mayor nivel de concienciación de su problema, han considerado la posibilidad de cambiar aunque, al preguntarles, normalmente la rechazan.

Esta etapa se caracteriza por la ambivalencia, que puede definirse como un estado mental en el que coexisten sentimientos contradictorios sobre continuar con la adicción o dejarla.

### 3.6.3 Preparación

Esta etapa combina la intención y criterio de comportamiento de tal manera que como individuos se encuentran preparados para la acción.

El objetivo es incrementar la motivación y compromiso de la persona para abandonar el tabaco.

Los pacientes informan de pequeños cambios de comportamiento, como fumar cinco cigarrillos menos o retrasar su primer cigarrillo del día 30 minutos más que aquellos que están en etapa de pre-contemplación o contemplación. Aún no han alcanzado el criterio para una acción efectiva pero intentan ponerse en acción en un futuro próximo.

Las personas en la etapa de preparación comienzan a disminuir su consumo, esforzándose por cambiar, mostrando acciones ante los demás.

Esta etapa se caracteriza por la decisión de emprender una serie de pasos que llevan a modificar la conducta de fumar.

#### 3.6.4 Acción

Es una etapa en la que el paciente modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Esto implica cambios de comportamiento más visibles y reciben el máximo reconocimiento externo.

Las personas pueden ser clasificadas en esta etapa si han modificado con éxito el comportamiento adictivo, es decir si han conseguido la abstinencia por un periodo de 1 día a 6 meses.

### 3.6.5 Mantenimiento

Etapa donde las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. El mantenimiento es una continuación, no una ausencia de cambio.

Para comportamientos adictivos esta etapa se extiende de seis meses a un período indeterminado posterior a la acción inicial.

Cuando se sabe que una persona se encuentra en esta etapa es porque ha sido capaz de mantenerse alejada del comportamiento adictivo y se ha comprometido conscientemente con su nuevo comportamiento. Estabilizar el cambio del comportamiento y evitar la recaída son los signos de la etapa de mantenimiento.

En esta etapa se utilizan estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo para que el fumador se mantenga abstinente.

### 3.6.6 Recaída

Durante el proceso de acción, muchas personas no obtienen resultados al primer intento y repite la conducta que ha intentado cambiar.



La recaída y el proceso a través de las etapas ocurren frecuentemente a medida que los pacientes intentan modificar o cesar su comportamiento adictivo.

### 3.7 Presentación del caso clínico

“El tabaquismo es considerado la principal causa de muerte, de morbilidad y discapacidad. Se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, por lo que constituye un importante problema de salud pública” (Secretaría de Salud, 2001).

A pesar de que la sociedad está cada vez mejor informada, los índices de consumo se incrementan, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes, alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras, fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.

En la década de los treinta fumar se convirtió en una moda tanto para hombres como para mujeres, en esta época los epidemiólogos empezaron a observar que el cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, había aumentado en forma considerable. Por su parte, investigaciones clínicas y de laboratorio

encontraron que muchas sustancias químicas en el humo de los cigarrillos son carcinógenas (Et al, 2001).

En el presente caso clínico se llevó a cabo una intervención psicológica breve del programa cognitivo conductual de las clínicas para dejar de fumar de Centros de Integración Juvenil.

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad, casada desde hace 20 años, la cual vive con su esposo y 2 hijas, su ocupación es dar clases de pintura en tela a personas de la tercera edad además de realizar trabajos en su taller, escolaridad estudios técnicos comerciales, originaria del Distrito Federal, se presentó a la institución por iniciativa propia, para integrarse al grupo y llevar el tratamiento que consta de 10 sesiones, con el interés de abandonar el hábito tabáquico por presentar problemas físicos sintiendo opresión en el pecho y por incrementar cada vez más su consumo debido a la muerte de uno de sus hijos, el cual fallece por un infarto, además refiere tener problemas con su esposo con el que lleva viviendo 20 años, las discusiones se han dado debido al consumo de alcohol de su pareja. Al integrarse al grupo el consumo era de 30 cigarrillos diarios que fue disminuyendo desde la primera sesión del tratamiento, al realizarse la entrevista inicial y la historia clínica psicológica la impresión diagnóstica es: paciente en etapa de duelo con dependencia al tabaco, poco tolerante, con dificultades en la relación con su pareja, maneja sentimientos de culpa por la muerte de su hijo. Paciente que refiere ser la única fumadora en su familia con antecedentes

del padre fumador y hermanos. La edad de inicio de consumo de tabaco fue a los 15 años, desde entonces no había intentado en ningún momento dejar de fumar.

Cabe mencionar que la paciente tuvo una buena adherencia y alianza terapéutica durante el tratamiento, ya que desde el inicio siguió cada una de las indicaciones señaladas y tuvo una buena relación de confianza con el terapeuta. Lo que le ayudó a disminuir de manera favorable el consumo de tabaco.

#### Aplicación del caso clínico

A continuación se presenta la forma en se fue desarrollando la aplicación del tratamiento cognitivo conductual de las clínicas para dejar de fumar de Centros de Integración Juvenil, en primer lugar se dio una cita a la paciente para aplicar la sesión de evaluación, hacer la historia clínica, entrevista inicial y la sesión de admisión, estudio socioeconómico y reconocimiento del médico psiquiatra.

Posteriormente se le indicó acudiera a su primera sesión de acuerdo al horario y día establecidos.

#### Sesión 1

En la primera sesión se dio la bienvenida a la paciente con la finalidad de que se sintiera en confianza, y expusiera sus expectativas del tratamiento, además de ofrecer el apoyo en el proceso de abandono del tabaco.

Después de haber hecho la presentación se dio a conocer el Modelo de Tratamiento para Dejar de Fumar de CIJ, haciendo del conocimiento que se desarrolla desde el modelo cognitivo conductual, y que consta de 10 sesiones. Se le informó a la paciente los días, hora, número de sesiones, frecuencia y duración de las mismas, se definió las reglas a seguir para el desarrollo, manejo de tolerancia, respeto a las opiniones y el compromiso con la confidencialidad, enfatizando que el trabajo de cada sesión es complementario y consecutivo, por lo que es importante la asistencia todas las sesiones.

Se les pidió a la paciente que mencionará que es la adicción para ir identificando que es lo que la ha ocasionado y se le explicó lo que es la dependencia física, psicológica y el síndrome de abstinencia, para identificar de qué forma concibe el cigarro y saber con lo que se iba a trabajar.

Se dio la explicación del llenado de autoregistros que debía hacer en casa y llevarlos en cada sesión, teniendo como finalidad el análisis, reconocimiento y registro de los elementos (pensamientos, emociones y conductas) que acompañan el consumo de tabaco, esto le permitió ver de una manera más concreta que le llevaba a fumar, la importancia era que quedara claro cómo realizar el autoregistro, así tendrá una forma más clara de los cambios.

Posteriormente se firmó el contrato terapéutico donde se definió una serie de puntos o bases del trabajo que se realizará para facilitar el logro de los objetivos del tratamiento. Fue firmado tanto por el terapeuta como por el paciente, esto ayudó a que la paciente tuviera en claro que es lo que se iba a trabajar durante el tratamiento y que es lo que esperaba del terapeuta.

En la primera sesión la paciente se sintió optimista al saber que cuenta con el apoyo del terapeuta para abandonar el consumo del tabaco, lo que la motivó a comenzar a disminuir la cantidad y así mismo se comprometió a seguir las indicaciones necesarias para lograr el objetivo.

## Sesión 2

Al iniciar la segunda sesión se revisaron los autoregistros para saber realmente cuantos son los cigarrillos que consume e identificar los elementos que están involucrados o relacionados con la conducta de fumar.

Conforme se fue haciendo la revisión de los autoregistros se analizó junto a la paciente cuales son los beneficios que obtiene al fumar o que es lo que condiciona el deseo, a sí mismo se le preguntó cómo es que inicio el consumo, ella refirió que fue por pertenecer a un grupo en el que sus amigos fumaban.

Después de haber concientizado los motivos por los cuales las personas comienzan a consumir tabaco se le dio el cuestionario de motivos para que lo contestara y así identificar las razones por las que continúa fumando.

Se realizó el cierre de la sesión indicando tomar en cuenta los pensamientos positivos que se le proporcionaron y que la paciente mencionó que ayudan a mantenerse sin fumar o a disminuir el consumo, además de recordar que continuara con el llenado de los autoregistros y algunas recomendaciones útiles en momentos de ansiedad por consumir, también se le pidió que elaborara una carta como ritual de despedida del cigarro que tenía que llevar a la siguiente sesión.

La paciente hizo mención que su consumo incrementa cuando asiste a fiestas o se reúne con sus amistades, también ante situaciones económicas estresantes.

En esta sesión la paciente se sintió motivada por haber disminuido el consumo y con la confianza en sí misma que puede lograr la extinción.

### Sesión 3

Se dio inicio con la revisión de los autoregistros resaltando y analizando ventajas, y dificultades asociados al ritual de abandono del tabaco, esto con la finalidad de fuera monitoreando los cambios que fue logrando.

Se le pidió que leyera la carta que elaboró anteriormente donde hizo mención de los daños y los momentos agradables que ha ocasionado el cigarro durante la trayectoria de fumadora.

Se revisó cuáles son los beneficios que se obtienen desde las primeras ocho horas de haber dejado de fumar hasta los beneficios a largo plazo.

En esta sesión la paciente mencionó que tan solo el haber disminuido el consumo la hace sentir mejoría en su organismo. Considera que las indicaciones que se le proporcionaron han sido efectivas para lograr la disminución del consumo y piensa continuar de esta manera para ver resultados positivos en el tratamiento.

#### Sesión 4

Al iniciar la sesión se le preguntó a la paciente como se sintió en la semana anterior y se identificó aspectos fisiológicos, estados emocionales y pensamientos que favorecen el consumo y las estrategias que utilizó para afrontar las situaciones en que puede incrementar el consumo.

Se hizo la revisión de los autoregistros donde se observó la disminución de cigarro y como ha logrado limpiar su casa del humo del tabaco.

Los cambios favorables en su salud que se identificaron se relacionaron a los malestares que sentía cuando su consumo era más alto, con la finalidad de que la paciente observara los beneficios que puede lograr en el abandono total del tabaco. Considerando las enfermedades que se relacionan al tabaquismo.

Se le explicó a la paciente sobre el aumento de peso al abandonar de forma total el cigarro, indicándole sobre el cuidado de la alimentación para evitar sobrepeso.

El cierre de la sesión se hizo concientizando los decesos que hay de personas fumadoras y que puede incrementarse aún más.

La paciente refirió sentir mejoría al realizar sus actividades físicas y cotidianas al ir disminuyendo el consumo de tabaco y sigue motivada para continuar con el tratamiento, aunque a veces se siente estresada por presiones económicas en su hogar y desea incrementar el consumo para tranquilizarse.



Se revisaron los autoregistros y se reforzaron las estrategias de afrontamiento porque la paciente tuvo una recaída y aumento su consumo de cigarrillos a la semana.

Se abordó el tema de los cambios metabólicos en las personas fumadoras y se le concientizó de los daños a la salud, la alteración que hay al acelerarse de manera general el metabolismo dejando como consecuencias enfermedades a nivel gastrointestinal, circulatorio y sensorial.

Se señaló la importancia que tiene el que vaya haciendo cambios en su conducta, además de ir cuestionando los pensamientos que pueda tener respecto al consumo de tabaco para reforzar los pensamientos positivos y desarrollar las habilidades de afrontamiento en las recaídas. Se le mencionó a la paciente que no se desanimara al haber recaído, recalándole que es algo normal durante el proceso de abandono de tabaco, lo que para ella fue un aliciente para continuar trabajando en el tratamiento.

## Sesión 6

Se realizó la revisión de los autoregistros y se felicitó a la paciente por haber disminuido el consumo en la recaída, se le comentó que en algunos momentos puede sentirse estresada y con deseos de fumar pero en esos momentos puede realizar técnicas de relajación para evitar consumir sin tener éxito de tranquilidad. Los ejercicios de relajación permite desarrollar habilidades para mantener la tranquilidad, descanso, ayuda a reforzar los cambios positivos; además permite obtener una reducción en el ritmo cardíaco, lograr una respiración profunda, que los músculos se sientan relajados y sueltos, lograr una paz mental y una

sensación de refrescamiento corporal. Estos beneficios se logran a corto plazo mediante la práctica.

## Sesión 7

Al iniciar la sesión se volvió retomar el manejo del estrés el cual permite tener un mejor manejo de situaciones que puedan afectar a la disminución del consumo o a la abstinencia, en este caso se le enseñó a la paciente al entrenamiento de la asertividad, ya que las personas están expuestas a tener recaídas cuando se ha logrado la disminución o la abstinencia debido a las invitaciones que otros fumadores puedan hacer, ya sean amigos o familiares y de esta manera afrontar la situación sin tener que dejar de frecuentarlos.

La asertividad se considera como la facultad que tiene una persona para expresar sentimientos, emociones y opiniones de manera entendible, adecuada sin por ello ofender o atacar a personas que tienen un punto de vista diferente al propio. Se busca expresar la manera en que se siente la persona una situación determinada, una actitud en específico por lo que se solicita la posibilidad de realizar un cambio a fin de que no afecte.

## Sesión 8

Se dio inicio a la sesión con la revisión de los autoregistros para partir en el tema de solución de problemas y toma de decisiones, en ocasiones la paciente manifestó tener problemas cotidianos los cuales hace que el estrés se incremente y tiene el riesgo de consumir

en mayor cantidades, en esta sesión se le explicó a la paciente cuales son las medidas que debe tomar para evitar que el tabaco sea la solución a sus problemas.

Esta sesión se trabajó con herramientas útiles para dar solución a los problemas, se identificaron los problemas y se generaron alternativas de solución a cada uno según el momento.

Se le pidió a la paciente que mencionara los problemas que hacen que se genere el estrés, el enojo o cualquier sentimiento que causa el incremento del consumo, así mismo se le pidió mencionará cuales son las posibles soluciones a los problemas y que pusiera en práctica las alternativas que mejor se ajustaran a resolver esas dificultades, tomando en cuenta las consecuencias que pueden surgir y que valorara si era conveniente llevarlas a cabo.

De esta manera la Px podía elegir las estrategias que podría utilizar cuando se le presentara una dificultad y así tener una buena toma de decisiones.

## Sesión 9

Se comenzó la sesión reconociendo en la Px los logros alcanzados hasta el momento y se le invitó a continuar estableciendo alternativas para afrontar las situaciones difíciles sin tener que fumar.

Tomando en cuenta las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente la recaída forma parte durante el proceso del tratamiento por lo que fue necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento donde son clave para el manejo el medio social que se vive cada día.

En un afrontamiento se ven involucrados diferentes esfuerzos: físicos, psicológicos y sociales. Por lo que se reforzó el manejo de asertividad y los ejercicios de relajación, y se le pidió a la paciente tuviera la confianza en sí misma y la convicción de que puede lograr la meta que se ha establecido.

Fue necesario recordar a la Px que las recaídas en la vida cotidiana pueden evitarse si es capaz de: detectar, cuestionar y reemplazar las creencias irracionales que la impulsa a fumar, por pensamientos racionales a favor de no fumar.

Se le pidió mencionara una lista de beneficios que puede lograr a corto, mediano y a largo plazo si lograr la extinción del cigarro con la finalidad de que aprecie lo que puede ser su vida sin tabaco. También se le hizo mención en que las recaídas no las debe considerar como un fracaso en su vida sino como una oportunidad de aprender de ellas para llegar a la abstinencia y mantenerla.

## Sesión 10

Al iniciar la sesión se le mencionó a la paciente que se había concluido con las sesiones de tratamiento, sin embargo debía continuar en las de seguimiento para reforzar los logros en la disminución del tabaco, se comenzó a hacer un análisis de cuando se integró al tratamiento y como fue evolucionando su proceso, además se le recordó una vez más que el hecho de tener recaídas no es motivo de sentirse mal, esto es motivo para continuar trabajando y reforzar los esfuerzos para llegar al cambio definitivo.

## Capítulo 4 Metodología

### 4.1 Planteamiento del problema

¿Existen diferencias de consumo de tabaco en la paciente que asistió a una intervención psicológica breve?

### 4.2 Justificación

Por los datos estadísticos que presenta la ENA (2011) y la OMS(2011) es necesario realizar programas de prevención y tratamiento sobre el tabaquismo para disminuir los problemas causados por esta adicción como son las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, las muertes y los costos para atender los problemas de salud que se está presentando en el país.

Actualmente con los estudios que se han hecho relacionados con la nicotina se sabe que el tabaquismo es un problema de salud pública que ha venido afectando a la humanidad y que en México afecta tanto a fumadores como a no fumadores, por todas las enfermedades que están relacionadas al tabaco sin embargo ante esta situación es necesario tomar medidas preventivas como de atención a la población que consume la sustancia para disminuir los riesgos y costos que ocasiona esta adicción.

La intervención para este problema que actualmente existe en el país es prevenir e incrementar tratamientos que ayuden al cese del tabaco, sería de gran utilidad para las

personas que están interesadas en abandonar el consumo de tabaco que tenga atención tanto médica como psicológica para evitar que vuelvan a recaer cuando han dejado de fumar.

Sin embargo hoy en día el tabaquismo es considerado como una epidemia de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad o religión.

La OMS 2011 dice que el tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte, discapacidad y enfermedades en el mundo. Se estima que el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares son causadas por el tabaquismo.

La ENA 2011 señala que el gasto mensual en la compra de cigarrillos, que reportan los fumadores activos, se calcula que cada 5 años, en promedio un fumador gasta 24 mil pesos en la compra de cigarrillos. Pero si ese fumador sufriera un leve infarto al miocardio, el costo de su atención médica requeriría 58 mil pesos en el primer año.

Realizar programas prevenibles al consumo de tabaco es una medida que favorece a las personas que aún no inician en esta adicción y programas de atención a personas consumidoras de tabaco para que dejen de fumar. Llevar a cabo estos programas reduce el

costo por enfermedades relacionadas al tabaquismo así como protege a las personas que no consumen tabaco; ya que los riesgos para el fumador pasivo son de gran impacto en su salud.

En una encuesta de consumo de drogas en estudiantes de la ciudad de México se encontró una disminución importante. Para el consumo actual de tabaco, a partir de 2003 se han registrado decrementos tanto en hombres (de 23% en 2003 a 16.2% en 2012), como en mujeres de 22.2% en 2003 a 13.5% en 2012) (Calleja, 2012).

Existen diferentes motivos por los cuales las personas inician en el consumo de tabaco, los principales son por la convivencia y por invitación de los amigos. A medida que el fumador incrementa el consumo del tabaco comienza a relacionar otros motivos a su consumo como pueden ser problemas económicos, problemas laborales, problemas familiares, problemas emocionales, todos estos factores pueden ocasionarle estrés y ansiedad por lo que pueden aumentar el consumo de tabaco para disminuir los síntomas.

Existen mitos asociados al consumo del tabaco como:

Los adultos tienen derecho a elegir fumar la realidad, es que fumar es una adicción que habitualmente comienza a los 12 y los 14 años de edad, es decir, mucho antes de tener la capacidad psicológica y legal para decidir, además según (Córdoba, 2009) se debe considerar que la influencia de grupos de pares ejerce sobre el adolescente como factor iniciador del consumo de tabaco es igualmente potente, y muchas veces comenzar a fumar no es otra cosa que un mecanismo de integración en un determinado grupo.



### 4.3 Objetivos

Objetivos generales.

Conocer el consumo de tabaco en el periodo en que llegó la paciente a la clínica por primera vez y hasta que terminó el tratamiento.

Objetivos específicos

1. Identificar el impacto que tiene en la Px la intervención psicológica breve para dejar de fumar.
2. Analizar los factores que condicionan el consumo de tabaco en la Px que asistió a una intervención psicológica breve.

### 4.4 Hipótesis

**Hi.**

Si existe diferencia en el consumo de tabaco en la paciente que asistió a una intervención psicológica breve.

**Ho.**

No existe diferencia en el consumo de tabaco en la paciente que asistió a una intervención psicológica breve.

## 4.5 Variables

### **Variable independiente**

V.I. Intervención Psicológica Breve.

### **Variable dependiente**

V.D. Consumo de tabaco.

## 4.6 Definición de variables

### **V.D. Definición conceptual**

#### **Consumo de tabaco**

“El tabaquismo es un daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso. El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina”. (Córdoba, 2009).

### **V.I. Intervención breve**

El intervención breve también conocido como consejo breve o consejo médico, es una intervención que puede ser aislada (darse en una única ocasión) o sistemática (proporcionarse de forma repetida), cuyo objetivo es que el o la paciente adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud, reflejado en el abandono del tabaco. (CONADIC, 2003).

**Definición operacional.****Consumo de tabaco**

Para conocer las variables independientes se utilizó el manual para dejar de fumar y se elaboró la Historia clínica de la Px para saber cuáles fueron los factores que condicionan el consumo de tabaco en la paciente.

Para conocerla variable dependiente se aplicó el Autoregistro diario de cigarros que consiste en el llenado de un formato donde se registra cada uno de los cigarros consumidos y se llena cada uno de los espacios solicitados y el Inventario Situacional de Riesgo, de esta manera se pudo saber la cantidad consumida, la hora, el lugar, la actividad, el motivo y el sentimiento que presentó la paciente en cada consumo.

**4.7 Tipo de estudio**

Es de caso único.

**4.8 Diseño de investigación**

La investigación es de tipo no experimental.

#### 4.9 Participante

El trabajo que se realizó es un estudio de caso único, el cual se llevó a cabo con una Px de edad de 48 años que consume tabaco y asistió a una intervención psicológica breve del Centro de Integración Juvenil de la Delegación Iztapalapa.

#### 4.10 Escenario

El tratamiento para dejar de fumar se llevó a cabo en un consultorio cerrado de Centro de Integración de la Delegación Iztapalapa.

#### 4.11 Procedimientos

En esta investigación se utilizó el Cuestionario de Motivos antes y después del tratamiento que consta de 13 ítems que mide si la Px fuma más en el ámbito psicosocial, estímulo, manipulación, esparcimiento, para reducir la atención, por la necesidad o por hábito.

Se aplicó el Inventario de Situación de Riesgo, esto se hizo de forma individual en donde a la Px se le indicó las instrucciones para que pudiera resolver el cuestionario.

Además se aplicó el Cuestionario de Grado de Adicción a la Nicotina de Fagerström antes y después del tratamiento que mide el grado de dependencia que se clasifica en: leve, moderada y alta.

Se aplicó el Test de Richmond, que mide cual es la motivación del paciente en una escala de: motivación baja, media o alta.

Durante todo el tratamiento para dejar de fumar que dura 10 sesiones la Px, estuvo muy dispuesta en cambiar la conducta para disminuir el consumo de tabaco. Su consumo de tabaco en la primera sesión fue de 140 cigarros consumidos durante la semana el cual fue disminuyendo conforme avanzaban las sesiones. Durante el tratamiento la paciente tuvo un incremento en la semana 6, ella menciona que fue por problemas personales y recurrió al consumo con más frecuencia al día. Conforme avanzó el tratamiento se pudo observar una disminución significativa de 140 cigarrillos semanales a 35.

(Ver figura 2, Consumo total de tabaco semanal).

En el primer autoregistro reportó todos los cigarrillos que consumió de los cuales el primero por la mañana era muy importante para ella. La Px comentó que llegaba a consumir mínimo 20 cigarrillos o incrementaba el consumo cuando estaba por más de 30 minutos sin fumar. (Ver figura 3, sesión 1). El primer cigarrillo que registró era el más importante para la Px que era el de la mañana y lo consumía entre 6:00 y 7.30 am; sin embargo la Px mencionó que lo encendía sin percatarse en hacerlo. Otra de las cosas que se presentó en la segunda semana es la disminución de los cigarros 18 cigarros al día, sintiéndose un poco ansiosa por la disminución y en algunas ocasiones enojada por lo que en esta situación nuevamente volvía

a incrementar el consumo. La Px refirió que para ella fue un logro disminuir en 2 semanas las cantidades que fumaba. (Ver figura 3, semana 2).

En la tercera y cuarta semana de estar en el tratamiento la paciente se sintió motivada y pudo afrontar situaciones sin tener que recurrir al cigarro, además esto le permitió poder tener actividad física lo que la hizo sentir mejor, aun cuando se sentía ansiosa al disminuir el consumo en algunos horarios. (Ver figura 3, semana 3 y 4).

En la semana 5 y en la semana 6 se pudo observar el aumento de consumo de 112 cigarros llegando a 126 cigarros a la semana, fumando entre 16 y 18 cigarros al día. La Px refirió que fue muy difícil el no consumir tabaco en los horarios que tenía que no hacerlo, y al tener el sentimiento de enojo no pudo canalizar la conducta como se había mencionado en la sesión anterior, por lo que incrementó el consumo en esa semana.

(Ver Figura 3 semanas 5 y semana 6).

En la semana 7 se puede observar como la Px disminuyó su consumo de tabaco llegando a consumir 14 cigarros, solo el segundo día la Px consumió 15 porque estaba tensa (ver figura 4 semana 7).

En la octava semana la disminución fue a 12 cigarrillos al día, se seguía notando un cambio en la conducta de fumar.

En la novena semana el consumo llegó a 10 cigarrillos al día, ya con menos ansiedad que al inicio.

Para la última sesión la disminución de cigarrillos fue notable, se mantuvo en 5 cigarrillos al día, para la Px esto significó un gran logro porque pudo darse cuenta que tenía la capacidad para afrontar los problemas sin tener que aumentar su consumo.

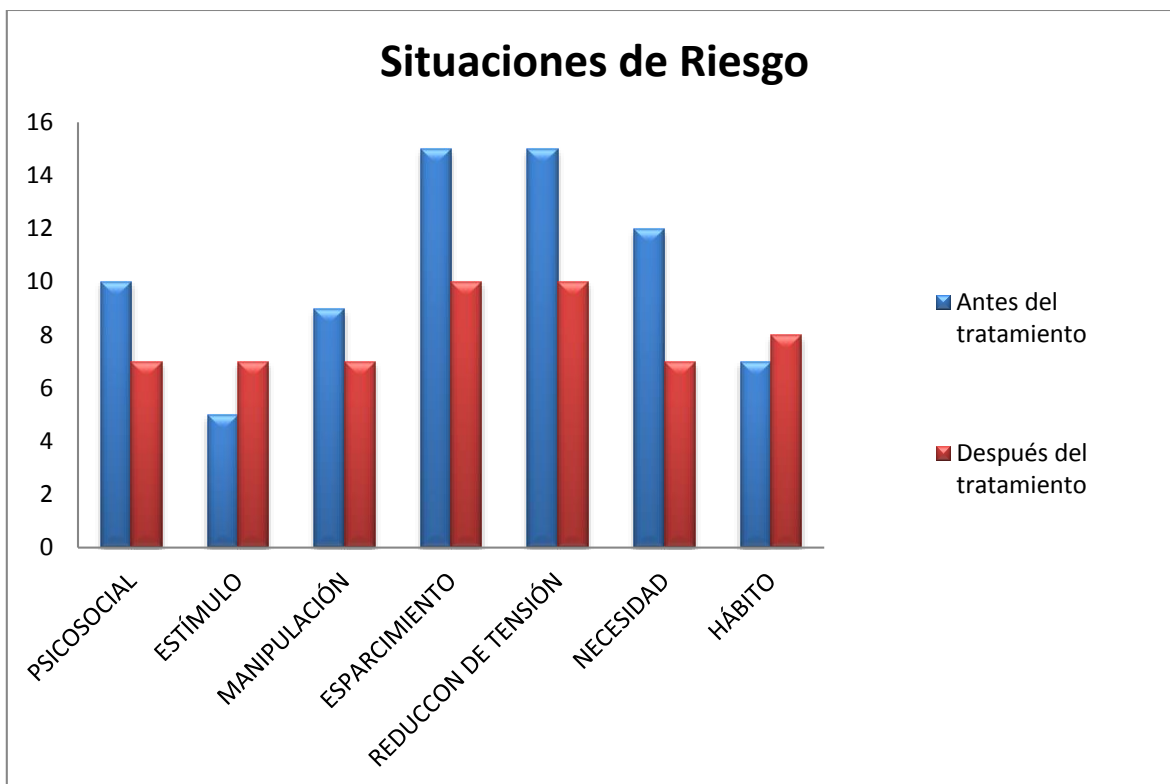
## **Capítulo 5 Resultados**

Para obtener los resultados que se muestran en las gráficas se aplicó a la paciente los siguientes instrumentos y así poder medir las situaciones que hacía que se mantuviera el consumo de tabaco; la cantidad de cigarros al día, el nivel de dependencia y la motivación para dejar de fumar, cabe mencionar que los instrumentos se aplicaron antes y después del tratamiento para dejar de fumar.

Instrumentos: Cuestionario de motivos, Test de Fargeström, Inventario de Situación de riesgo, Test de Richmond y autoregistro diario de cigarros, los cuales se muestran en los anexos de la investigación.



Figura 1



#### Cuestionario de motivos

Los datos fueron analizados de acuerdo al Tratamiento para dejar de fumar, en la gráfica de situaciones de riesgo se observa que la Px al estar en un evento de esparcimiento o en una situación de estrés aumenta su consumo de tabaco (Ver figura 1).

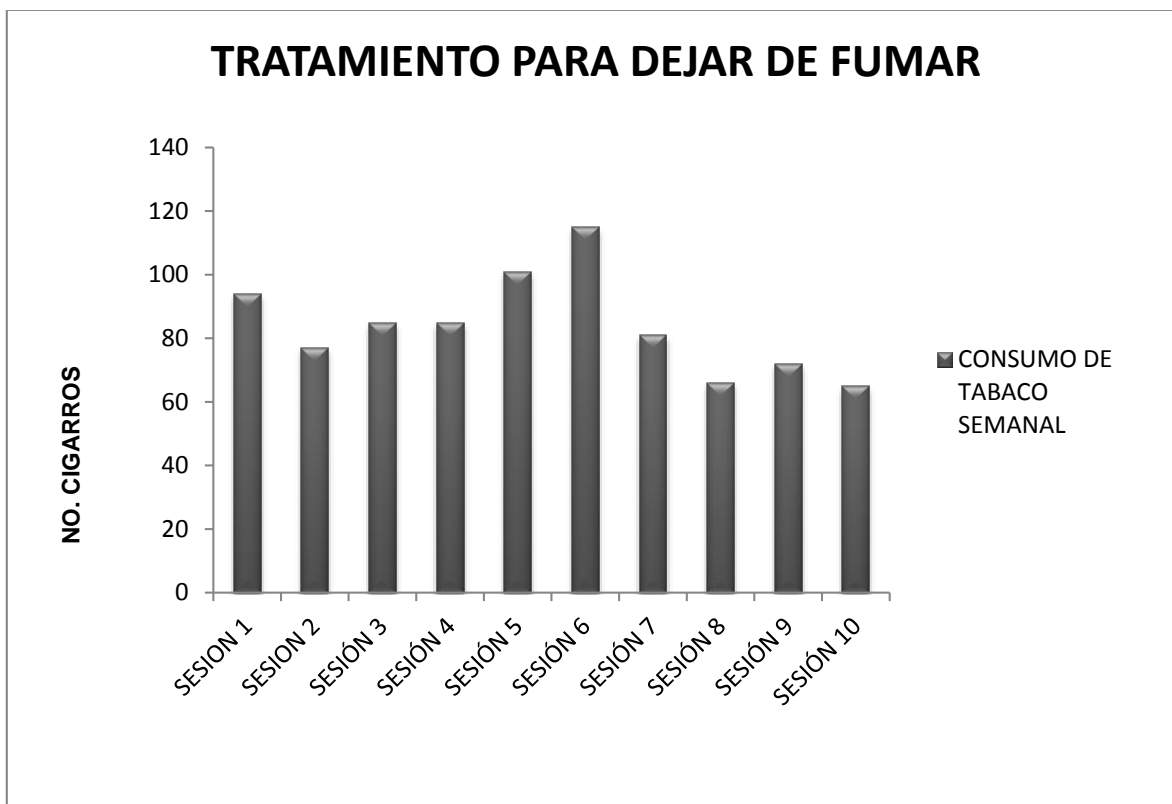
La puntuación se describe a continuación.

0-5 No es motivo

6-10 Motivo no muy importante

11-15 Motivo muy importante

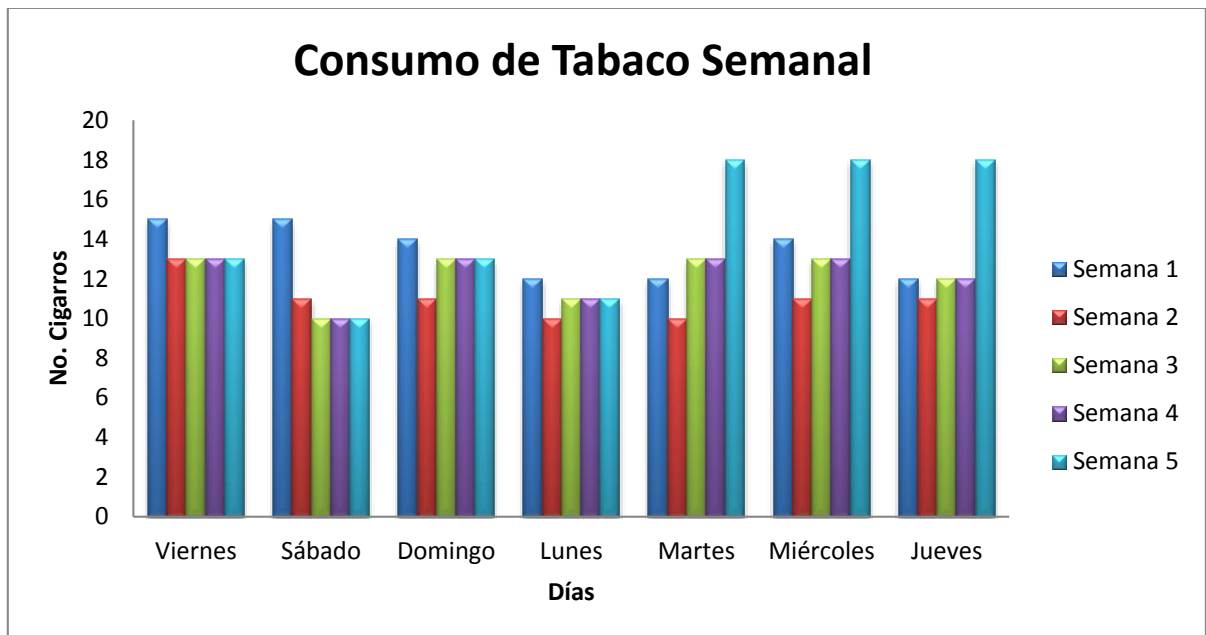
Figura 2



#### Consumo Total de Tabaco Semanal

Durante todo el tratamiento para dejar de fumar que se muestra en la siguiente gráfica se puede observar la disminución del consumo de tabaco de la paciente (Ver figura 2).

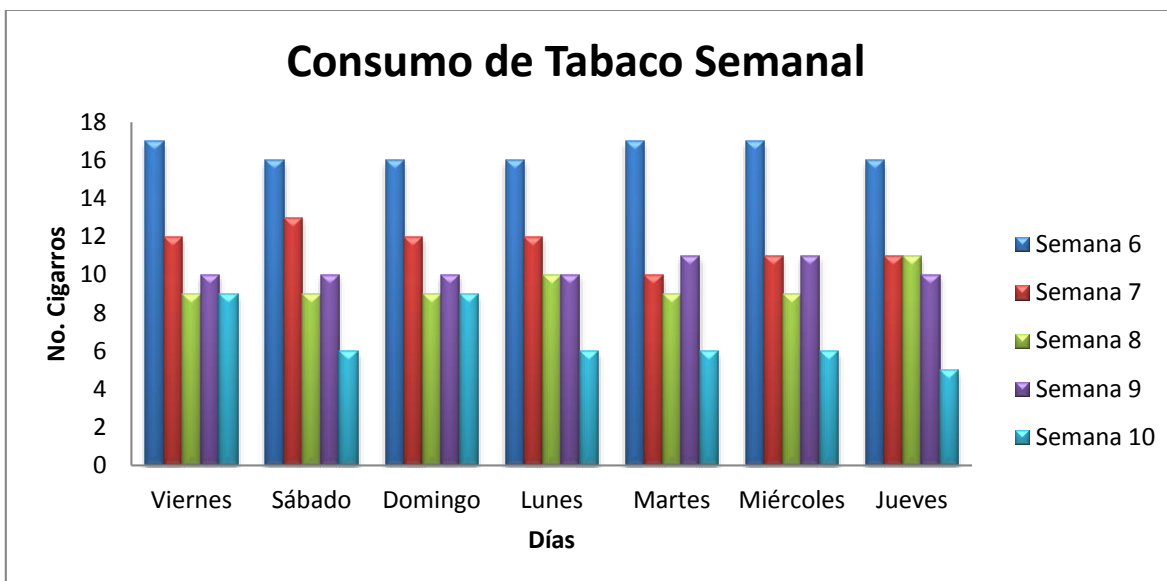
Figura 3



Consumo de Tabaco por días de la semana 1 a la semana 2.

A continuación se presentan las gráficas del consumo semanal que tuvo la Px durante todo el tratamiento para dejar de fumar, donde se muestra una significativa disminución en el consumo de tabaco (Ver figura 3 y 4).

Figura 4



Consumo de Tabaco por días de la semana 7 a la semana 10

A continuación se presentan las gráficas del consumo semanal que tuvo la Px durante todo el tratamiento para dejar de fumar, donde se muestra una significativa disminución en el consumo de tabaco (Ver figura 3 y 4).

Se aplicó el Cuestionario de Fagerström antes del Tratamiento para dejar de fumar, la puntuación que se obtuvo fue de 8 puntos equivalente a una dependencia alta. (Ver tabla 1). Al término del tratamiento nuevamente se le aplicó el Cuestionario de Fagerström obteniendo una puntuación de siete equivalente a una dependencia moderada (Ver tabla 1).

Tabla 1. Cuestionario de Fagerström

Cuestionario de Fagerström	Puntuación	Resultado
Antes del tratamiento	8	Dependencia alta
Después del tratamiento	7	Dependencia moderada

De acuerdo al test de Richmond aplicado antes del tratamiento para dejar de fumar se encontró que la Px obtuvo una puntuación de 8 lo que significa que tiene una motivación alta para dejar de fumar. Al término del tratamiento para dejar de fumar se aplicó nuevamente el test de Richmond y presentó una puntuación de 10 es decir, continúa con la motivación alta para dejar de fumar (Ver tabla 2).

Tabla 2. Test de Richmond

Test de Richmond	Puntuación	Resultado
Antes del tratamiento	8	motivación alta
Después del tratamiento	10	motivación alta

## Capítulo 6 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el tratamiento para dejar de fumar con la Px de Centros de Integración Juvenil se pudo observar que al disminuir el consumo, la Px tuvo claros beneficios para la salud, tanto física como mental. Sin embargo el tratamiento para dejar de fumar es diferente para cada fumador. En nuestra Px fue fundamental la motivación para disminuir el consumo del tabaco.

Previo al Tratamiento para dejar de fumar se revisaron las valoraciones de la Px para integrar el diagnóstico, consideramos pertinente analizar las razones por las que la Px fumaba. Jiménez (2004) menciona que el hábito de fumar comienza, por lo general, en la adolescencia, lo que los lleva a convertirse en adictos en la edad adulta. Por otra parte Ocampo (s/f) señala que esto puede deberse a que fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su personalidad, situación que se suma a las relaciones cotidianas asociadas al uso del tabaco que la proveyeron, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se vio valorada y pudo sentirse seguro, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades.

Como se sabe los jóvenes son más sensibles a lo que ven y escuchan a su alrededor, ya sea en la calle, escuela, trabajo o medio familiar. En este caso la Px inició su consumo cuando era joven, a la edad de 15 años, durante la entrevista inicial refirió que lo hizo por deseo de seguir un estereotipo “el de una mujer adulta”.

Si bien el consumo de tabaco es una conducta compleja en la que influye una adicción física derivada de los efectos que genera en el organismo después de media hora o una hora, aproximadamente, los niveles de nicotina en la sangre van descendiendo empiezan a notarse sensaciones de malestar que sólo desaparecerán cuando la persona vuelve a fumar. Es por esto que además de la adicción física, existe una adicción psicológica derivada de la continuidad de la acción de fumar que lo convierte en un hábito de comportamiento (Asociación Española contra el Cáncer, 2012).

Desde un modelo conductual, el inicio de fumar representa en sí, una experiencia de constante recompensa. Comienza con el experimento inicial de fumar un cigarrillo, luego de esto la persona empieza a fumar todos los días convirtiéndose en un hábito; sin embargo, al cabo de un tiempo la persona aumenta el número de cigarros que consume por día, es decir; se ha desarrollado tolerancia al tabaco esto es; se necesita una cantidad mayor de tabaco para conseguir el efecto que se obtenía al principio. Además, el consumidor también experimenta una serie de síntomas por la falta de tabaco cuando permanece tiempos prolongados sin fumar, llamando a este proceso síndrome de abstinencia, y decimos que ha desarrollado dependencia hacia el tabaco, pues ya no puede dejar de consumir (Ocampo, s/f).

Durante el proceso de abandono del hábito tabáquico suele acompañarse, en la práctica totalidad de los casos mejor conocido como síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia suele comportar una serie de molestias e inconvenientes para el fumador cuando está en proceso de cesación que son temporales y puestos en una balanza pesan mucho menos que los beneficios obtenidos. Por lo que este síndrome conduce a una búsqueda “incontrolada e insana” de la nicotina a través del consumo continuado de cigarrillos. Por

ello, se debe entender que la dependencia de la nicotina conduce a la adicción por los cigarrillos, o lo que es lo mismo, a la adicción por el tabaco la forma más rápida y determinante de llegar a ser dependiente a esta droga. El grado de dependencia física por la nicotina se obtuvo mediante la realización del test de Fagerström, con estos parámetros se clasificó a la Px con alto grado de dependencia a la nicotina lo que significa que su consumo era de 15 paquetes/año.

La APA en 2002 define la dependencia como un deterioro cognoscitivo deterioro o del estado de ánimo pueden ser síntomas que se identifican en las personas que presentan dependencia a sustancias. Durante el tratamiento se observó cómo hay una reducción significativa en el consumo del tabaco que permitió a la Px evitar reuniones familiares para poder mantenerse en la disminución del consumo. Dejar de fumar implica un cambio de conducta, lo cual no es un proceso sencillo ni lineal. El cambio de conducta es un proceso compuesto de varias etapas que requieren un tiempo generalmente largo para que pueda desarrollarse una nueva conducta. Un elemento importante fue la motivación, que puede tener un origen muy variado, pero que ayudó a la disminución del consumo de tabaco.

La motivación para el cambio es un componente central, ésta no se considera una característica de la personalidad de un sujeto, sino un estado de disposición para el cambio que puede fluctuar de una situación o de un tiempo a otro. La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona acepte participar, continúe, se adhiera y se mantenga en tratamiento (Echeverría y cols., 2005).



Lizárraga y Ayarra, en 2001 consideran que la motivación es determinante en el proceso que atraviesa una persona para dejar de fumar ya que el sujeto pasa por una de serie de estadios que comprenden una actitud mental y una motivación diferente; además, dependiendo del grado de motivación del paciente será el tipo de intervención por aplicar y, posteriormente, los resultados que se obtengan. Durante el tratamiento la motivación fue esencial en la Px ya que presento un estado de disposición de cambio fundamental para la disminución de consumo de tabaco. Es decir, no basta con que la Px desee disminuir su consumo o dejar de fumar sino que también fue necesario el que la Px se comprometiera.

De acuerdo con Prochaska, DiClemente y Norcross, las etapas de cambio en el proceso de abandono del tabaco son seis. De esta manera, el cambio se conceptualiza como una progresión lineal a través de las etapas, en donde la recaída es “la norma más que la excepción”, ya que si bien la progresión lineal es un fenómeno posible, es relativamente raro en los comportamientos adictivos.

Podemos concluir por los resultados obtenidos en el Tratamiento para dejar de fumar se debe identificar la etapa en la que se encuentra la Px según Prochaska, DiClemente y Norcross ya que el dejar de fumar de fumar requiere todo un proceso de cambio en la conducta de la Px.

## 6.1 Sugerencias

Se han realizado muchos estudios para identificar tratamientos que puedan reducir las probabilidades de futuras recaídas. Estos estudios intentan reducir las recaídas incluyendo terapia tanto psicológica como farmacológica, o proporcionando tratamiento adicional a los fumadores que previamente habían abandonado el tabaco.

Los tratamientos del tabaquismo no sólo son clínicamente efectivos, sino que también son coste-efectivos incluso aunque una sola aplicación de cualquier tratamiento efectivo del tabaquismo pueda producir la abstinencia en sólo una pequeña proporción del Px.

Al término del tratamiento para dejar de fumar se recomienda el seguimiento presencial para la reducción de la conducta de fumar, esto da pauta para nuevas investigaciones de la efectividad del tratamiento para dejar de fumar.

Al término del tratamiento dar seguimiento por vía telefónica para la extinción de la conducta de fumar con la finalidad de que el Px este motivado para el cese del tabaco.

Otra de las sugerencias principales para evitar un consumo mayor del tabaco es asistir a clínicas públicas y privadas con la finalidad de dar a los usuarios una intervención primaria.

## Referencias

- Almada, I. (1991). Salud y Crisis en México: Más textos para el debate. UNAM. México.
- Becoña, E. (2010) dependencia del Tabaco. Manual de Casos Clínicos. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. España.
- Becoña, E. (editor) (2004). Monografía Tabaco. Adicciones Vol. 16, suplemento 2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- Caballo, V. (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI de España Editores, S. A. España.
- Cabezas C. Guías para ayudar a la gente a dejar de fumar. En: Guías de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. PAPPS-semFYC 2000. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo
- Carlson, N. (1996). Fundamentos de Psicología Fisiológica. PRENTICE-HALL, HISPANOAMERICANA, S.A. México.

- Centro de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo (2003). Tabaquismo Programa para Dejar de Fumar. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España.
- Centros de Integración Juvenil (2010). Tratamiento para dejar de fumar. Manual de aplicación, México.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2003). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México.
- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10. Madrid: editorial Médica Panamericana, 2000.
- DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Masson, S.A. Edición en español de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR publicada por la American Psychiatric Association de Washington.
- Ferrandis, A. Diez, M. Sanz, C. (2009). Educación y protección de menores en riesgo: un Enfoque Comunitario. GRAÓ, de IRIF, S. L. Barcelona.

- Hettema J., Steele J., Miller W. (2008). Entrevista Motivacional. RET Revista de Toxicomanías. No. 52.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2004). Boletín para el Control del Tabaco. Departamento de Investigación sobre Tabaco. No. 4. Junio. (Editorial Porrúa).
- Jiménez, R. C. A. y Solano R. S. (2004) Tabaquismo. Monografías de la Sociedad Neumológica y Cirugía Toraxica, Neumomadrid. Volúmen VII.
- Lizárraga S., Ayarra M. (2001) Entrevista Motivacional. ANALES Sis San Navarra; Vol. 24, Suplemento 2.
- Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Editorial Médica Panamericana S. A. España
- Lynch, B. & Bonnie R. (1994). Crecer Libre de Tabaco. Prevención de adicciones. Nicotina en niños y jóvenes. Washington, D. C. the National Academies Press.
- Mackay J, Eriksen M, (2002). The tobacco atlas. World Health Organization, Myriad Editions Limited.

- Mackay, J. y Eriksen, M. (2006). The Tobacco Atlas 2ª Edición. World Health Organization. Myriad Editions Limited, Hong Kong.
- Martos, M. Pozo, C. Morillejo, E. (2010). Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica. Relevancia del apoyo social. Universidad de Almería. Almería.
- National Cancer Institute (NCI). (2008). The role of the media in promoting and reducing tobacco use. [Tobacco control, monograph no. 19, NIH Pub. No. 07-6242]. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- Ocampo, M. A. (s/f). Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel. Terapia breve cognitivo-conductual. Secretaría de Salud. México.
- OMS (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. Francia.
- Organización Panamericana de la Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública. México (Mx). (2010). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ortuño, F. (2010). Lecciones de psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, S. A. España.

- Pascual, J. (2012). Tabaquismo en niños y adolescentes. Factores epidemiológicos asociados. EAE. México.
- Ponciano; Rodríguez G y Morales Ruíz, A. (s/f) Servicios de tratamiento para mujeres en la Clínica para dejar de Fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM.
- Reidl, L. (2012). Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas. Porrúa. México.
- Rubio, G. López, F. Álamo, C. Santo, J. (2002). Trastorno psiquiátricos y abuso de sustancias. Panamericana. Madrid.
- Sansores R, Córdoba P, Espinoza M, Herrera K, Ramírez A, Martínez L, Villalba J. (1998). Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psicothema,
- Secretaría de Salud (2001). Programa de acción: Adicciones Tabaquismo. Primera edición. México.

- Secretaría de Salud (SSA). (2001). Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo. México. Secretaría de Salud.
- Separ (2002) Manual de Tabaquismo. MASSON, S. A. Barcelona.
- Waters, H. Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales Shigematsu LM. (2010) La Economía del Tabaco y los impuestos del Tabaco en México. París. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

#### Páginas de internet

- Álvarez, G. (2003) “El tabaquismo como problema de salud pública” en Ferrero, B. M, Mezquita, H. M.A. y Torrecilla, G. M. (2003). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid. Ergon. [Publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual\\_preencion\\_tratamiento\\_tabaquismo.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual_preencion_tratamiento_tabaquismo.pdf)
- Calleja, N. (2012) Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. Universidad Nacional Autónoma de México. Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 17, Num. 1: 83-99 Enero-Junio, 2012. [Publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en <http://www.cneip.org/documentos/6.pdf>



- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2002). Estudio Económico y Fiscal de la Industria Tabacalera de México: 1990-2001. México. Cámara de Diputados. Honorable Congreso de la Unión. Palacio Legislativo. [Publicación en línea] Recuperado el 11/06/2009 en <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0382002.pdf>
- Cicero R., Staines y cols. (2003). “El consumo de tabaco. Desde los mayas al siglo XXI. Algunos puntos de vista.” Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Volumen 16. Número 2. Abril-junio 2003. Páginas: 103-107. [Publicación en línea] Recuperado el 10/06/2009 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/in032h.pdf>
- CONADIC. (2003). Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. Actualización profesional en salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México. [Publicación en línea] ISBN: 970-721-150-4. Recuperado el 20/05/2013 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/mejpracticass.pdf>
- CONADIC. (2011) Programa Contra el Tabaquismo. Actualización 2011-2012. Secretaría de Salud. México. [Publicación en línea] ISBN: en trámite. Recuperado el 20/05/2013 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/taquismo.pdf>

- Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo/ Instituto Nacional de Salud Pública (CMCT/INSP, s/f). Principales resultados. Investigación contra el Tabaco. Costos atribuibles al Tabaco[publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en: <http://cmct.mx/about/proyectos/estudio-de-cosotoso-atribuibles-al-tabaco/>
- Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo/ Instituto Nacional de Salud Pública (CMCT/INSP) (s/f) Principales resultados Investigación contra el Tabaco. Costos atribuibles al tabaco. [Publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en <http://cmct.mx/about/proyectos/estudio-de-costos-atribuibles-al-tabaco/>
- Eriksen M, Mackay J, Ross H. (2012). The Tobacco Atlas. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation. [Publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en: <http://www.tobaccoatlas.org/>
- F. Soto Masa, J.R. Villalbíb, H. Balcázara y J. Valderrama Alberolac(2002)La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento.Vol.57,3. Publicación en línea Recuperado en junio 2002. En <http://www.cnjaen.es/tabaco/tabaquismo/iniciacion.pdf>
- González-Roldán, J. F. (2008) Abogacía para el control del tabaco en México: retos y recomendaciones. Salud Pública de México / vol. 50, suplemento 3 de 2008.

Recuperado el 09/04/2013 en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000900017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000900017&script=sci_arttext)

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2007). Indicadores de síntomas de Abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s2/a16v49s2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004) Encuesta Nacional de Adicciones ENA – 2002. México [Publicación en línea] ISBN 970-13-3652-6. Recuperado el 02/07/2013 en: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales Shigematsu LM, Guerrero López CM, Lazcano Ponce E, Villatoro Velázquez JA, Medina Mora ME, Fleiz Bautista C, Téllez Rojo MM, Mendoza Alvarado LR, Romero Martínez M, Gutiérrez Reyes JP, Castro Tinoco M, Hernández Ávila M, Tena Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa Cruz V. México DF, México: INPRFM. [Publicación en línea] Recuperado el 20/05/2013 en: [http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011\\_tabaco.pdf](http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_tabaco.pdf)

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México. [Publicación en línea] Recuperado el 02/07/2013 en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf#page=1&zoom=auto,0,765](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf#page=1&zoom=auto,0,765)
- Jones, L. y Efroymsen, D. (2011) Relación entre el tabaco y la pobreza: Resultados de la investigación para la abogacía en África, Asia y América Latina. HealthBridgeFoundation of Canadá, Ottawa. [Publicación en línea] Recuperado el 10/07/2013 en: <http://www.healthbridge.ca/Tobacco%20and%20Poverty%20Research%20Results%20Spanish.pdf>
- López E., Martínez A., (2006). *Tabaco: ¿Motivación para un cambio de conducta?* [Publicación en línea] ISSN: 1697-8005. Recuperado el 21/05/2013 en: <http://albijayra.com/revista/revista8/documentos/11.pdf>
- Mackay J (2001). Samet J y Yoon SY. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. World Health Organization, Canadá. [Publicación en línea] Recuperado el 28/05/2013 en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_TFI\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.1.pdf)

- Medina-Mora, Ma. Elena et al. (2002) Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Revista Salud pública de México. Vol.44, suplemento.1, pp. 109-115. [Publicación en línea]. ISBN 0036-3634. Recuperado el 28/05/2013 en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44s1/a16v44s1.pdf>
- Micheli-Serra, A. (2000) “Notas marginales sobre el tabaco en la medicina y en la historia”. Gaceta Médica Mexicana, Vol. 136 No. 3, 2000. [Publicación en línea] Recuperado el 09/04/2013 en [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=27473&id\\_seccion=217&id\\_ejemplar=2825&id\\_revista=48](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=27473&id_seccion=217&id_ejemplar=2825&id_revista=48)
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Recuperado el 20/05/2013 en: [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/es/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html)
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica Número 577. [Publicación en línea] ISBN 92 75 31577 9 Recuperado el 20/05/2013 en: [http://www1.paho.org/spanish/dbi/PC577/PC577\\_prelim.pdf](http://www1.paho.org/spanish/dbi/PC577/PC577_prelim.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2011) Tabaquismo. [Publicación en línea] Última actualización 10 de mayo de 2011. Recuperado el 20/05/2013 en [http://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_content&view=article&id=350:tabaquismo&catid=686:nic.-descripciones](http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=350:tabaquismo&catid=686:nic.-descripciones)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012) Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de países. Publicación científica y técnica No. 636 [Publicación en línea] Recuperado el 28/05/2013 en: [http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=docview&gid=214&Itemid=](http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=214&Itemid=)
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2008) CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión [Catálogo en línea] Recuperado el 02/07/2013 en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>
- Pérez-Bautista, O. et al. (2009) “Diferencias de marcadores de inflamación entre fumadores y no fumadores en una población mexicana.” Artículo original. Revista de Investigación Clínica. Vol. 61, Núm. 3. Mayo-Junio. pp 205-211. [Publicación en línea] Recuperado el 05/04/2013 en [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=58031&id\\_seccion=6&id\\_ejemplar=5871&id\\_revista=2](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=58031&id_seccion=6&id_ejemplar=5871&id_revista=2)

- Pinto, F. (s/f) El Tabaquismo. Placer mortal. [Publicación en línea] Recuperado el 05/04/2013 en <http://www.drpintofloril.com/downloads/1EL%20TABAQUISMO.pdf>
- Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1994). *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. [Publicación en línea] Recuperado el 19/05/2013 en: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET01-1.pdf>
- Regalado, P.J; Lara-Rivas,G; Osio- Echanove,J y Ramirez- Venegas, A. (2007). Tratamiento actual del tabaquismo. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 49 Suplemento 2. [Publicación en línea] Recuperado el 14 /06/2013 en <http://WWW.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s2/a18v49s2.pdf>
- Samset, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44(1) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10644520>
- Tovar, P. La Ciudadela de México: una antigua fábrica de tabaco se llena de libros. *Revista digital Frontera*. 2013. [Publicación en línea] Recuperado el 16/05/2013 en: <http://www.fronterad.com/?q=ciudadela-mexico-antigua-fabrica-tabaco-se-llena-libros>

- Villatoro, J., Gaytan, F., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D. Bustos, M, Fleiz, C. Mujica, R. Mendoza, MA., López, Ma. y Medina Mora, ME. (2013). Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2012. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional para la Prevención de Adicciones, Administración Federal de Servicios Educativos en el DF. México, D.F. [Publicación en línea] Recuperado el 27/06/2013 en: [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/investigaciones/estudiantes\\_df/Estudiantes%20DF\\_2012/Encuesta%202012/index.htm](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/estudiantes_df/Estudiantes%20DF_2012/Encuesta%202012/index.htm)
- Yunis, A. y Annetta, Verónica (s/f) Historia del tabaco y el tabaquismo. [Publicación en línea] Recuperado el 05/04/2013 en <http://www.otorrino-tornu.com.ar/descarga/producto/782-282>  
[HISTORIA%20DEL%20TABACO%20Y%20DEL%20TABAQUISMO.pdf](#)
- Zinser, Juan W. (2010). Hablemos hoy de tabaquismo. Salud Pública de México, 52(Supl. 2), S267-S269. Recuperado en 14 de febrero de 2014, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000800022&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800022&lng=es&tlng=es).



## Anexos 1

### Cuestionario de Fagerström

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA RESPUESTA CORRECTA		
Preguntas	Respuestas	Puntuación
1 ¿Cuántos cigarros fuma diariamente?	31 ó más	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	Menos de 10	0
2 ¿Cuánto tiempo después de despertar, inicia a fumar?	Menos de 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
3 ¿Cuál cigarro le es más difícil?	El primero de la mañana	1
	Otros	0
4 ¿Le es difícil dejar de fumar en donde está prohibido (bibliotecas, cine, hospitales)?	Si	1
	No	0
5 ¿Fuma más por las mañanas que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
6 Fuma incluso si está enfermo, o sí tiene que quedarse en cama por enfermedad?	Si	1
	No	0
Total		

#### Conversión

1 pipa	3 cigarrillos
1 puro pequeño	3 cigarrillos
1 puro grande	5 cigarrillos

#### GRADO DE DEPENDENCIA:

LEVE	5 puntos
MODERADA	6 a 7 puntos
ALTA	8 o más puntos

## Anexo 2



## Test de Richmond

Nombre del Paciente:

Fecha de aplicación:

	Preguntas	Opciones	Puntuación
<b>1</b>	¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?	Si	1
		No	0
<b>2</b>	¿Qué interés tienes en dejar de fumar?	Ninguno	0
		Poco	1
		Bastante	2
		Mucho	3
<b>3</b>	¿Intentarás dejar de fumar en las 2 semanas próximas?	Definitivamente no	0
		Quizás	1
		Si	2
		Definitivamente sí	3
<b>4</b>	¿Crees en la posibilidad de continuar sin fumar en los próximos 6 meses?	Definitivamente no	0
		Quizás	1
		Si	2
		Definitivamente si	3

## Total obtenido

<b>Menos de 4 puntos</b>	Motivación Baja	
<b>De 5 a 6 puntos</b>	Motivación Media	
<b>Más de 7 puntos</b>	Motivación Alta	

## Anexo 3

CUESTIONARIO DE MOTIVOS				
CIJ: _____		FECHA: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)
MOTIVOS	MUY FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA	
A. SIENTO QUE FUMAR ME DA SEGURIDAD				
B. SIENTO QUE FUMANDO ME CONCENTRO MEJOR				
C. EL EXHALAR CADA UNA DE LAS BOCANADAS DE HUMO ME PRODUCE UNA GRATA SENSACIÓN				
D. DISFRUTO FUMAR DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS, CON EL TÉ, CAFÉ O ALCOHOL.				
E. CUANDO ME SIENTO ENOJADO POR ALGO, FUMO PARA TRANQUILIZARME.				
F. AÚN ENFERMO SIENTO LA NECESIDAD DE UN CIGARRO.				
G. TODOS LOS CIGARRILLOS QUE FUMO SON PLACENTEROS.				
H. SI NO FUMO, PIERDO PARTE DE MI PERSONALIDAD.				
I. FUMO PARA MANTENERME DESPIERTO.				
J. EL SENTIR EL CIGARRILLO ENTRE LOS DEDOS ES GRATIFICANTE.				
K. CUANDO ESTOY RELAJADO Y EN PERIODOS DE DESCANSO ME GUSTA FUMAR.				
L. SI ESTOY NERVIOSO POR ALGO, FUMO CASI EL DOBLE				
M. SI CAMBIO A CIGARROS SUAVES FUMO CASI EL DOBLE				

	MOTIVOS	MUY FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
N.	ENCIENDO UN CIGARRILLO SIN HABER TERMINADO EL ANTERIOR.			
O.	FUMO MÁS CUANDO ESTOY EN REUNIONES SOCIALES.			
P.	EN TRABAJOS MONÓTONOS O ABURRIDOS FUMO MÁS.			
Q.	DISFRUTO DE GOLPEAR CON EL CIGARRILLO DE DETERMINADA MANERA.			
R.	DURANTE MI TRABAJO DEDICO TIEMPO PARA DISFRUTAR DE UN CIGARRO.			
S.	FUMO CUANDO QUIERO OLVIDARME DE MIS PREOCUPACIONES.			
T.	ME SIENTO A DISGUSTO SI NO FUMO, AÚN CUANDO EL FUMAR NO ES REALMENTE GRATO.			
U.	ENCIENDO CIGARRILLOS SIN DARME CUENTA.			
V.	FUMO PARA NO SENTIRME TAN SOLO(A).			
W.	ME SIENTO MÁS ALERTA Y CON ENERGÍA AL FUMAR CIGARRILLOS.			
X.	DISFRUTO EL FUMAR DESDE EL MOMENTO EN QUE TENGO LA CAJETILLA EN MIS MANOS.			
Y.	CUANDO ESTOY TRANQUILO ME GUSTA FUMAR.			
Z.	FUMO MÁS CUANDO ESTOY TENSO(A)			
A1.	AL DEJAR DE FUMAR UNAS CUANTAS HORAS, EMPIEZO A SENTIR SÍNTOMAS FÍSICOS DESAGRADABLES.			
B1.	HA HABIDO OCASIONES EN QUE OLVIDO EN DONDE DEJÉ UN CIGARRILLO PRENDIDO.			

	MOTIVOS	MUY FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
C1.	EL TENER UN CIGARRILLO EN LA BOLSA ME PRODUCE TRANQUILIDAD.			
D1.	TRABAJO MEJOR CUANDO FUMO.			
E1.	EL SACAR LA CAJETILLA, EL TENER EL CIGARRILLO EN LA MANO Y VER EL HUMO, ES GRATIFICANTE.			
	MI DESEO DE FUMAR AUMENTA CUANDO ESTOY CÓMODO.			
G1.	EL FUMAR ME REDUCE LA TENSIÓN.			
	CUANDO NO TENGO CIGARRILLOS, SOY CAPAZ DE HACER LO QUE SEA PARA CONSEGUIRLOS.			
H.	FUMO TODOS LOS CIGARRILLOS QUE ME OFRECEN.			

## CÓMO CALIFICAR

MUY FRECUENTEMENTE	=	3
OCASIONALMENTE	=	2
NUNCA	=	1

A	H	O	V	C1	PSICOSOCIAL
B	I	P	W	D1	ESTÍMULO
C	J	Q	X	E1	MANIPULACIÓN
D	K	R	Y	F1	ESPARCIMIENTO
E	L	S	Z	G1	REDUCCIÓN DE TENSIÓN
F	M	T	A1	H1	NECESIDAD
G	N	U	B1	I1	HÁBITO

0 a 5	NO ES MOTIVO
6 a 10	MOTIVO NO MUY IMPORTANTE
11 a 15	MOTIVO MUY IMPORTANTE

NOMBRE DEL TERAPEUTA

FIRMA DEL TERAPEUTA

## Anexo 4

## AUTORREGISTRO DIARIO DE CIGARROS

CIJ: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno    Apellido materno    Nombre(s)

Cantidad	Hora	Lugar	Actividad	Motivo									Sentimiento
1° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
11° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
12° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
13° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
14° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
15° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
18° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
19° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
20° Cigarro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Último cigarro del día				1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Más de 20 cigarros fumados al día: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuántos más? \_\_\_\_\_

A continuación se describen algunos de los motivos por los cuales fuma:

1. En compañía de personas.
2. Para concentrarme mejor y evitar la fatiga cuando trabajo.
3. Siento agradables los movimientos del fumar y ver el humo como se esparce.
4. Con el café, después de los alimentos o en periodos de descanso.
5. Cuando me siento tenso, enojado o preocupado.
6. Al no fumar, por más de 30 minutos me siento mal y molestias que se quitan al fumar.
7. Fumo por placer.
8. No me percató cuando enciendo el cigarro.
9. Otros