



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE DOS PROGRAMAS
PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES
NEUMOLÓGICOS”.**

R E P O R T E L A B O R A L

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:
EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. GERMÁN PALAFOX PALAFOX.
REVISOR DEL REPORTE: DR. ARIEL VITE SIERRA.

COMITÉ DE SINODALES: MTRO. FERNANDO P. VÁZQUEZ PINEDA.
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.
DRA. SILVIA MORALES CHAINE.



**® Facultad
de Psicología**

México, D.F.

2013.



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.



AGRADECIMENTOS:

A Tiffy por su apoyo incondicional.

A la Institución y sus pacientes.

Mi más profundo agradecimiento por siempre:

Dr. Germán Palafox Palafox.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.	1
Capítulo 1. Epidemiología del tabaquismo.	3
Capítulo 2. El tabaco y sus impactos en la salud.	7
2.1 Componentes del tabaco.	7
2.2 Impactos en la salud.	8
Capítulo 3. La adicción al tabaco.	13
3.1 Dependencia Farmacológica.	13
3.2 Dependencia Psicológica.	16
Capítulo 4. Modelos psicológicos del tratamiento para el abandono del Hábito de fumar.	21
4.1 Teoría conductual.	21
4.2 Teoría Cognitiva y Terapia Racional-Emotiva-Conductual.	24
4.3 Terapia Cognitivo- Conductual.	25
4.4 Psico-educación. (Educación para la Salud).	26
4.5 Terapia de Reemplazo de la Nicotina.	27
4.5.1 Goma de Mascar con Nicotina.	28
4.5.2 Parche Transdermico con Nicotina.	29
4.5.3 Inhalante Nasal con Nicotina.	29
Capítulo 5. Técnicas de Intervención en TCC utilizadas.	30
5.1 Historia de fumador, inoculación conductual, autoregistro- automonitoreo.	30
5.2 Relajación muscular progresiva, visualización, rol playing o juego de roles, estrategias de afrontamiento.	31

5.3 Mantenimiento de inoculación conductual, entrenamiento en soluciones de problemas, escritura emocional autoreflexiva y cartas de despedida. Técnicas de audialogos eficaces.	33
Capítulo 6. Metodología y resultados.	36
6.1 Método.	36
6.2 Resultados.	42
Capítulo 7. Conclusiones.	55
Capitulo 8. Discusión.	58
Referencias.	61
Anexos.	
1. Contexto laboral.	68
2. Consejo médico.	69
3. Motivos de fumador. Russell.	71
4. Cuestionario de Fargerstöm (farmacodependencia).	73
5. Autoregistro diario de cigarrillos.	74
6. Autoregistro de monitoreo. (al dejar de fumar).	75
7. Cuestionario de Beck para Depresión.	76
8. Cuestionario de Beck para Ansiedad.	78
9. Resultados de la Prueba Funcional Respiratoria.	79
10. Resultados en los niveles de Colesterol.	80
11. Resultados en los niveles de Triglicéridos.	81
12. Resultados en la Citología en Expectoración.	82

Introducción.

El presente reporte de actividad profesional describe la instrumentación de un programa diseñado para evaluar la efectividad relativa de dos tratamientos terapéuticos (intervenciones) para el abandono del tabaquismo en pacientes crónicos con enfermedades neumológicas. Los tratamientos que se contrastaron fueron un Programa Cognitivo Conductual (TCC) y un Programa de Educación para la Salud (PES), ambos complementarios a una terapia de reemplazo con nicotina (TRN).

La investigación se llevó a cabo en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, Servicio de Neumología (ver Anexo 1), como parte de un programa más amplio de investigación sobre perfiles de fumadores y efectividad de las intervenciones contra el tabaquismo, con la finalidad de establecer un protocolo institucional de intervención para reducir el consumo de tabaco.

En un estudio previo realizado en la Clínica del Tabaco del Hospital General (Puentes-Silva., Cicero R., González E., Ocampo A., Dominguez B. 1989) se asignaron homogéneamente y al azar a 171 pacientes a cuatro modalidades de intervención para la cesación de fumar: 1) Programa de reestructuración cognoscitiva (PRC); 2) Programa de Educación para la Salud (PES); 3) Programa combinado de uso de tableta masticable con nicotina (2 mg) y programa de reestructuración cognoscitiva (TRN+PRC); y 4) Programa combinado de reestructuración cognoscitiva con educación para la salud (PRC+PES).

Los resultados de esta investigación mostraron que las técnicas de reestructuración cognoscitiva y de educación para la salud fueron prácticamente equivalentes, ya que la cesación (abandono total del tabaquismo desde la tercera sesión de tratamiento) fue de 56% y 52%, respectivamente. Tomando en cuenta el bajo costo y la sencillez de la técnica de educación para la salud, estos primeros resultados sugerían la adopción de esta técnica como la intervención primaria de la Clínica. Sin embargo, en los programas combinados, el PRC+TRN se observó una cesación de 62% mientras que en el PRC+PES fue de 60% al término de la intervención.

Considerando por un lado que el PCR y PES tienen prácticamente la misma efectividad para la cesación, y por el otro la gran diferencia entre la efectividad del programa combinado PRC+TRN en relación al PES, era indispensable e inevitable considerar la efectividad de un programa combinado PES +TRN en relación al TCC+TRN.

El objetivo de la investigación fue el poder implementar el programa con mayor efectividad o en la Clínica Contra el Tabaquismo, del HGM para abrirla a población abierta, con el menor costo posible y con personal altamente capacitado.

El reporte está organizado en 6 secciones: en las primeras 4 secciones se describe el contexto general del problema del tabaquismo, abarcando: 1) la epidemiología básico del tabaquismo, 2) el tabaco y sus impactos en la salud, 3) la adicción al tabaco y 4) los modelos psicológicos del tratamiento para el abandono del hábito de fumar. 5) las técnicas de Intervención utilizadas. En las últimas dos secciones se presenta el trabajo empírico que constituye el núcleo de este reporte laboral: en la sección 6 se describe la metodología y los principales resultados del estudio y en la sección 7 las conclusiones y relevancia práctica del mismo.

1. Epidemiología del tabaquismo

El tabaquismo sigue siendo la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo, muriendo prematuramente cerca de 6 millones de personas al año por enfermedades relacionadas con el tabaco y causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares; para el año 2030 se estima que morirán 8 millones de personas anualmente por las mismas causas (WHO, 2011; citado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Secretaría de Salud).

En el caso de México, Kuri, González, Hoy y Cortes (2006) estiman que diariamente mueren 165 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que equivale a más de 60 mil defunciones anuales: 38% (22,778) a consecuencia de una enfermedad isquémica del corazón, 29% (17,390) por enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% (13,751) por enfermedad cerebrovascular, y 10% (6,168) por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea.

La atención de estos padecimientos representa un gasto de 30 mil millones de pesos al año, equivalente a 0.3% de presupuesto del Producto Interno Bruto (Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC, 2004). Sin embargo, el impacto del tabaquismo no sólo se refleja en una marcada disminución de la calidad de vida de los fumadores y en los costos que conlleva su atención y tratamiento médico, sino que también representa una reducción en el ingreso familiar disponible para cubrir otras necesidades básicas, un detrimento de las condiciones de salud de sus familiares, así como decremento en la productividad.

En 2009, año en que se levantó la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en México (EGTA o GATS, por sus siglas en inglés), se estimaba que 15.9% de la población mexicana adulta mayor a 15 años (10.9 millones de personas) eran fumadores actuales, siendo en su gran mayoría hombres (8.1 millones=24.8% de la población; mujeres 2.8 millones= 7.8% de la población).

Con una ampliación importante en el rango de edades de la población encuestada respecto a la EGTA, al incluir a jóvenes desde los 12 años de edad, la Encuesta

Nacional de Adicciones ENA,2011 muestra una prevalencia de fumadores activos del 21.7% (CONADIC, 2011).

Sin embargo, el cambio en el rango etario y otros cambios en la metodología respecto a la EGTA no permiten hacer una comparación directa con los resultados de la ENA 2011. Por otro lado, es afortunado que se hayan venido recogiendo datos similares a través de versiones previas de la ENA en los años 2008 y 2002, que permiten observar las tendencias en el consumo del tabaco en México. Así, se puede observar una disminución de 11% en la prevalencia del consumo entre 2002 a 2008 (de 23.5% a 20.8%, respectivamente), y un pequeño incremento de 0.9 puntos porcentuales de 2008 a 2011.

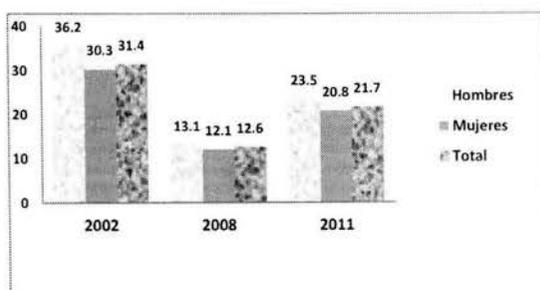


Figura 1. Prevalencia de consumo activo de tabaco en el último año según sexo. Población de 12 a 65 años. México, ENA 2002, 2008 y 2011.

Asimismo observamos que el consumo promedio de cigarros aumenta con la edad del fumador. Así, en el grupo de 18 a 24 años, la media se estimó en 5.3 cigarros; en el grupo de 25 a 44 años en 6.1 y en el grupo de 45 a 65 años fuman en promedio 7.9 cigarros al día. Al comparar con los resultados de la ENA 2002 y 2008, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en este indicador.

Respecto al sexo de los casi 17.3 millones de fumadores activos en México (21,7%; ENA 2011), 12 millones son hombres y 5.2 millones son mujeres, lo que corresponde al 31.4% de los hombres y 12.6% de las mujeres en el grupo etario de 12 a 65 años. El 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. Se observan cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo de tabaco entre el

año 2008 y 2011. Al comparar con el año 2002 se observa que la prevalencia global de fumadores activos permanece casi estable (23.5% ENA 2002, 21.7% ENA 2011); sin embargo, se observa una disminución estadísticamente significativa en el grupo de los hombres (36.2% ENA 2002, 31.4% ENA 2011)

De igual manera, se observa una disminución en la prevalencia global de fumadores diarios (12.4% ENA 2002, 8.9% ENA 2011), esta disminución se ve tanto en hombres (19.6% ENA 2002, 13.2% ENA 2011) como en mujeres (6.5% ENA 2002, 4.8% ENA 2011).

En nuestro país se estima que la edad de inicio del consumo de tabaco ocurre entre los 13 y 14 años de edad (Berenzon, Medina & Villatoro, 2002; CONADIC, 2011). Es decir, por un lado el consumo de tabaco inicia en las etapas de la niñez y la adolescencia, cuando un buen desarrollo físico e intelectual del individuo es crucial y de suma importancia para una vida adulta; por el otro, el inicio temprano del consumo de tabaco tiene como consecuencia que los padecimientos de los fumadores se presentan a una edad más temprana, incrementando tanto los costos individuales en años de menor calidad de vida como los costos sociales de tratamiento.

Como reacción a esta necesidad, se han desarrollado gran variedad de métodos para dejar de fumar como: Consejo breve. Tratamiento psicológico especializado individual o grupal. Tratamiento farmacológico. Programas de seguimiento y vigilancia. Programas de detección oportuna de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Programas de investigación, campañas de prevención, promoción y docencia en materia de tabaquismo. Los tipos de tratamiento que se brindan a nivel Internacional, tienen componentes psicológicos e incluyen principalmente la rama cognitiva conductual, los resultados que se han mostrado son de una abstinencia del 72% al término de un año. A nivel farmacológico, el uso de medicamentos de sustitución con nicotina (parches y chicles de nicotina) usados como forma única, nos dan resultados a un año del 46%. Y antidepresivos como la bupropión o tartrato de vareniclina, se obtuvo el 16%, una pobre efectividad. Estos métodos varían en el impacto sobre la salud pública dependiendo del perfil de fumador. (Schwartz, 1995).

En los Estados Unidos aproximadamente el 70% de los fumadores de cigarros acuden a consulta médica cada año, lo que implica que tienen contacto directo con médicos cuya opinión puede tener un gran impacto sobre la disminución del consumo de tabaco. Con base en consejo médico (Anexo 2) se estima que se puede convencer por lo menos al 5% de los fumadores para que dejen de fumar, lo que representa aproximadamente 2 millones de ex fumadores en ese país (Schwartz, 1995; Fiore, et. al., 1990; Coultas, 1996).

En México, dada la falta de información sobre visitas al médico de la población fumadora y la constancia sobre el consejo médico que puedan recibir para dejar de fumar, no contamos con datos fehacientes en relación al potencial de reducción del consumo de tabaco por consejo médico; sin embargo, los resultados de la ENA 2011 nos indican que el 58.4% del total de los fumadores ha intentado dejar de fumar. La mayoría de las personas que han intentado dejar de fumar lo han hecho súbitamente (57.2%), o disminuyendo gradualmente el número de cigarros (17.6%). Del total de los entrevistados¹ únicamente el 26.4% consiguió la abstinencia a largo plazo y actualmente son ex fumadores, de los cuales el 34.3% refiere que la razón principal por la que dejó de fumar fue por conciencia del daño a su salud

El tabaquismo, ha sido y sigue siendo un hábito difícil de romper. Como se observó en los resultados que indican que muchos fumadores deben intentar dejar de fumar varias veces antes de poder renunciar totalmente al tabaco. Y aunque la mayoría de las personas que dejan de fumar lo hacen sin recurrir a una ayuda profesional o a un programa organizado, muchos fumadores son incapaces de detener el hábito por sí mismos y solicitan ayuda para lograrlo. (Becoña, Gómez-Durán, 1993).

¹ La ENA 2011 reporta una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Al desagregar por sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres se encontraron en esta categoría. El 10.3% (6.8 millones de personas) de los adultos son fumadores diarios, 15.5% de los hombres y 5.5% de las mujeres fuman diariamente. CONADIC. (2011).

2. El tabaco y sus impactos en la salud

2.1. Componentes del tabaco

Las principales sustancias presentes en el tabaco que provocan un daño irreversible en la salud del que lo consume, se dividen en tres subtipos: carcinógenos, irritantes tóxicos, y adictivos.

El tabaco tiene alrededor de 4,870 sustancias químicas, de las cuales 40 son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC, más de 400 son tóxicas y sólo cuatro sustancias presentes en el tabaco (la nicotina y tres alcaloides secundarios: nicotianina, nicotinina, nicotelina) se han determinado como adictivas (Bello, Michalland, Soto et al., 2005).

Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes, que son sustancias de color oscuro, de aspecto untoso, que desprenden un fuerte olor y tienen un sabor desagradable; el alquitrán no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes (British American Tobacco, 2007).

En la siguiente tabla (Tabla 1) se indican los principales carcinógenos presentes en la planta de tabaco.

TIPO	NOMBRE
Hidrocarburos polinucleares aromáticos	Benzopireno
Nitrosaminas tabaco-específicas	N-Nitrosornicotina N' nitrosornicotina N' nitrosopirrolidina
Aminas aromáticas	4-Aminobifenil 2-Naphtilamina
Radionucleotidos	Polonio-210 Uretano
Otros compuestos orgánicos	Benceno Cloruro de vinilo Ácido clorhídrico

Tabla 1. Sustancias carcinógenas presentes en el tabaco

Fuente: Institute for Global Tobacco Control, 1999.

Dentro de las sustancias tóxicas e irritantes en forma de gas, se encuentra el monóxido de carbono, un gas incoloro de elevado poder tóxico que se produce durante la combustión del tabaco a muy alta temperatura y que permite la entrada de todas las demás sustancias al organismo (Ruiz, Rodríguez, Rubio & Hardisson, 2004). Es importante señalar que el papel de la envoltura es también una fuente importante de producción tóxica adicional (García-Tenorio, 2000).

Como ya se mencionó, de las sustancias adictivas la más estudiada es la nicotina, un alcaloide incoloro, oleaginoso, volátil e intensamente alcalino. La nicotina es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco y crea adicción, dependencia, uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia al tabaco (García-Tenorio, 2000).

Si bien la nicotina es el principal componente adictivo del tabaco, la planta de tabaco contiene también otros alcaloides farmacológicamente activos, co-responsables de la adicción (Balfour & Fargeström, 1996), como la nornicotina, anabasina, miosmesina, nicotirina, natabina oxinicotina y el ácido nicotínico. La participación conjunta de todas estas sustancias representa cerca de 8 al 12% del total de los alcaloides del tabaco.

2.2. Impactos en la salud

El tabaquismo es considerado como la principal causa de muerte evitable en el mundo y de un gran abanico de problemas de salud. Tan sólo en México mueren diariamente 165 personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, lo que equivale a más de 60 mil defunciones al año (Kuri-Morales, González-Roldan, Hoy & Cortes-Ramírez, 2006).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que la lista de afecciones que causa el consumo de tabaco ha aumentado (OMS, 2004). Los daños a la salud ocasionados por el consumo del tabaco son muy diversos y van desde los síntomas inmediatos como la irritación de los ojos, nariz y garganta, náuseas y mareo con los primeros cigarrillos, hasta su importante papel en el desarrollo y complicaciones de enfermedades crónico degenerativas como enfermedades neoplásicas (cáncer pulmonar, faringe, laringe, esófago, boca, etc.), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como de otras afecciones respiratorias (bronquitis, enfisema, neumonía, asma, sensibilidad alérgica) y cardiovasculares, que se presentan con el uso continuo y abuso en el consumo de cigarrillos (Pérez et al., 2002; Tovar, 2000).

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) desde 1987 presentó los daños que causa el consumo de tabaco en enfermedades respiratorias,

neoplásicas, cardiovasculares, gastrointestinales, perinatales y bucales. En la tabla 2 se presenta una lista de enfermedades causadas por el tabaquismo o para las cuales el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo.

Neoplásicas		Respiratorias	
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón • Cáncer de laringe • Cáncer de esófago • Cáncer de faringe • Cáncer de boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de labio • Cáncer de vejiga • Cáncer uterino • Cáncer de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfisema pulmonar • Bronquitis crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Asma • Sinusitis crónica • Enfermedad respiratoria Inespecífica crónica 	
Cardiovasculares		Bucales	
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Hipercolesterolemia • Enfermedad Coronaria • Enfermedad cerebrovascular • Enfermedad oclusiva arterial periférica • Aneurisma aórtico • Hemorragia subaracnoidea 		<ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis nicotínica • Melanosis del fumador • Leucoplasia • Caries • Lengua vellosa • Queratosis del fumador • Gingivitis • Periodontitis • Halitosis • Xeastomia 	
Gástricas		Perinatales	
<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica • Úlcera péptica 		<ul style="list-style-type: none"> • Hiperreactividad bronquial • Aborto espontáneo • Placenta previa • Parto prematuro 	
Otras			
<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis • Infertilidad • Cataratas • Psoriasis • Otitis 		<ul style="list-style-type: none"> • Eyaculación precoz • Menopausia anticipada • Displemia (aumento de colesterol y triglicéridos) 	

Tabla 2. Enfermedades causadas por el tabaquismo Pérez (2002).

Entre los principales daños a la salud y que eventual causan la muerte destaca el grupo de enfermedades respiratorias que incluye al enfisema, la bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cual contribuye con 29% de las muertes relacionadas con el consumo de tabaco, colocándolo en el segundo lugar de causas de muerte asociadas al tabaco, después de las enfermedad isquémica del corazón (38%). Por otro lado, el cáncer pulmonar, de bronquios y tráquea, si bien se encuentran entre las consecuencias negativas de fumar tabaco más conocidas, contribuye con sólo 10% de las muertes asociadas al consumo de tabaco. (Kuri, 2006)

La atención y tratamiento de los fumadores no sólo se ve reflejado en el gasto económico del individuo que fuma y sus familiares, también la atención de estos

padecimientos respiratorios representa un gasto de 30 mil millones de pesos al año, es decir, 0.3% de presupuesto del Producto Interno Bruto (CONADIC, 2012).

Como se mencionó de las enfermedades mencionadas, la EPOC es una de las que causa mayor preocupación. En el 2005, la EPOC se situó en el quinto lugar como causa de muerte en mayores de 65 años (Encuesta Nacional de Salud. INEGI, 2005). Por otro lado, también en el 2005, el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar; Asociación Latinoamericana del Tórax, 2005) estimó una prevalencia de la EPOC de 78% en la Ciudad de México y señaló que de mantenerse la tasa de consumo de tabaco, esta enfermedad ocuparía la primera causas de morbi-mortalidad en el País.

En 2012, la EPOC ocupó el segundo lugar de visitas de urgencias y cuarto lugar de egreso hospitalario en el Instituto del Enfermedades Respiratorias (INER), mientras que en nuestra institución (Unidad de Neumología del Hospital General de México "Eduardo Liceaga"), la EPOC ocupó el primer lugar como causa de consulta y tercer lugar de egreso hospitalario.

La EPOC es una enfermedad inflamatoria que afecta la vía aérea en todas sus dimensiones, los alvéolos y la circulación pulmonar. El sitio principal de afectación son los bronquios de diámetro menor a 2 mm y el esqueleto elástico de los pulmones. El daño de estas estructuras es precoz en la evolución de la enfermedad y lleva a todas las alteraciones funcionales del aparato respiratorio y sus manifestaciones clínicas. Al mismo tiempo y por diversos mecanismos se activan manifestaciones sistémicas de la enfermedad que provocan efectos extra-pulmonares (músculo esquelético, grasa corporal, como la pérdida de peso y masa muscular o enfermedades concomitantes como la enfermedad coronaria, etc.) (Cosio, Saetta, Agusti, 2009). Las mujeres tienen más compromiso bronquial y los hombres más compromiso alveolar a igualdad de exposición y esto es más notable en las personas que siguen fumando.

El curso clínico se caracteriza por una lenta evolución que puede llegar a incapacitar al paciente para realizar actividades de la vida diaria y se acompaña de episodios de empeoramiento de los síntomas (exacerbaciones) que pueden obligar al enfermo a consultar los servicios de urgencias y/o internarse. Este comportamiento explica el

enorme impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y el altísimo costo para los sistemas de salud. A medida que la enfermedad progresa la intensidad de la tos y la expectoración aumentan; esta última puede ser marrón en los grandes fumadores y durante las exacerbaciones se hace purulenta, viscosa y más abundante. Un volumen de expectoración excesivo sugiere la presencia de bronquiectasias. Otros síntomas como la anorexia y la pérdida de peso son más frecuentes en la enfermedad avanzada y se asocian a peor pronóstico. El ronquido nocturno y la somnolencia diurna excesiva sugieren además de su EPOC trastornos respiratorios del sueño.

El paciente en estado avanzado de la enfermedad, presenta disnea marcada, importante limitación de las actividades diarias, obstrucción grave y/o uso de oxígeno, hipertensión pulmonar y/o cor pulmonale, debe ser abordado junto con sus familiares por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud (médico, psicólogo, especialista en cuidados paliativos, entre otros) para planificar con suficiente antelación las acciones a seguir en el manejo de su enfermedad. (Barnes & Celli, 2009)

Los "fumadores susceptibles" pueden tener una caída acelerada de la función pulmonar que suele manifestarse clínicamente como EPOC a partir de la cuarta década de la vida. En aquellos pacientes con enfermedad leve a moderada que dejan de fumar en forma temprana disminuye la velocidad de caída del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) y la mortalidad. Mientras que en aquellos que persisten fumando la enfermedad progresa de forma más acelerada. (Scanlon, Connnett, Waller & Altose, 2000)

Los pacientes con EPOC asociado a tabaquismo están predispuestos a exacerbaciones frecuentemente bacterianas hasta en un 80%, lo que ocasiona un deterioro acelerado de su función respiratoria con detrimento de la calidad de vida del paciente. Las pautas actuales de tratamiento recomienda el dejar de fumar como la medida más importante y principal (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD, 2011).

El impacto social de la EPOC se extiende más allá del sufrimiento humano, pues su tratamiento impone un elevado el costo económico a la sociedad y a los servicios de

salud en el País. En un estudio atribuibles al tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS y costos en la atención de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias el INER , el costo en la atención reportado en promedio fue de alrededor \$100,000.00 cuando se tiene una exacerbación que requiere hospitalización. Asociación. Mexicana de Neumología, & Cir. Tórax.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como otra de las patologías comunes el Cáncer Pulmonar, y dio a conocer que el 71% de las muertes mundiales es causado por el consumo de tabaco. También el humo del tabaco es el factor de riesgo más importante para su desarrollo, tanto que los fumadores tienen un riesgo entre 15 y 25 veces mayor que los no fumadores de padecerlo.

El cáncer pulmonar en México permanece como la primera causa de muerte entre el sexo masculino, con 94,000 muertes, que corresponden al 33%. Entre las mujeres las muertes por cáncer broncogénico han sobrepasado a aquellas por cáncer de mama, con 59,000 es decir 23% de todas las muertes por cáncer. La edad de presentación de este cáncer es entre los 55 años a 65 años de edad, aunque algunos reportes mencionan casos desde los 35 años de edad. (Mountain & Dressler, 2005)

Los síntomas más comunes son la tos, productos hemoptoicos, disnea y ocasionalmente estridor. En el caso de que exista obstrucción de la vía aérea dará por resultado una neumonía; si la pleura se ve afectada, se genera dolor pleural y derrame.

En cuanto a cáncer oral la incidencia es 6 veces más frecuente en un fumador que en un no fumador. Los sitios con mayor incidencia de cáncer oral son: lengua, labio, glándulas salivales y con mayor frecuencia, el piso de la boca. El más habitual es el llamado carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas, o también llamado epiteloma espinocelular, el cual es una neoplasia epitelial invasiva con varios grados de diferenciación escamosa y propensa a la rápida diseminación hacia los ganglios linfáticos y a la metástasis, que conlleva a un rápido avance en estadios. (Quintana, Fernández & Laborde, 2004). El tabaquismo también es causante de otros tipos de cáncer como: esófago, laringe (cuerdas vocales), garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello.

3. La adicción al tabaco

La nicotina es la principal sustancia que produce la adicción, desde un enfoque farmacológico actúa sobre los receptores nicotínicos en el cerebro y otros órganos del cuerpo, predominantemente a nivel ganglionar, fomentando la descarga de neurotransmisores como acetilcolina, catecolaminas, noradrenalina, dopamina y serotonina (Kyerematen, & Damiano. 1992). La nicotina tiene un efecto estimulante en pequeñas dosis y depresor en dosis más elevadas, ocasionando así la dependencia. Pudiendo causar la muerte en dosis de 50-60 mg (dosis única).

Se ha demostrado que, tras un periodo de consumo intermitente y progresivo (en términos de frecuencia y dependiendo de la personalidad de la persona) el patrón de uso se estabiliza y se mantiene de forma regular en cada persona. Cada fumador establece su rutina diaria de consumo, así como los niveles de nicotina necesarios para que su organismo pueda funcionar con normalidad, por encima o por debajo de los cuales experimentará efectos negativos (por sobredosis o por privación). La primera experiencia es decisiva ya que se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas y molestias de garganta, sigan fumando, es menor que las que sufrieron únicamente mareo (Zarin, Pincus & Mcintyre, 2002).

La adicción al tabaco está fuertemente relacionada con dos dependencias: Dependencia física: necesidad imperiosa de fumar, generada por falta de nicotina en el organismo y la Dependencia Psicológica: deseo de seguir fumando por la asociación básica del evento y emociones asociadas con el cigarro. Generándose así una conducta operante.

3.1 Dependencia farmacológica.

El tabaquismo es una de las adicciones que produce farmacodependencia y es muy difícil de abandonar. El mantenimiento del consumo de tabaco se remite en especial a este factor farmacológico y se relaciona a la nicotina. (cada cigarrillo tiene entre 3.5 y 11.9 mg de nicotina, dependiendo de la marca)

Antuñano,(2003) afirma que hay niños y adultos jóvenes que con la primera bocanada de cigarro se hacen adictos, porque las moléculas de nicotina van directamente a los receptores de las neuronas y con eso se establece el ciclo de la tolerancia, adicción y abstinencia a la nicotina". Así la inducción repetida del placer al fumar, desempeña un papel importante en el establecimiento de la dependencia y necesidad de la droga.

Existen cuatro procesos que refuerzan la adicción al tabaco: 1) absorción de nicotina por el organismo, 2) distribución de esta en el mismo, 3) efectos farmacológicos de la nicotina en los órganos blanco y 4) traducción de los efectos farmacológicos en la conducta (U.S. Department of Health and Human Services, 1998).

La acción de la nicotina sobre el SNC es responsable de una serie de efectos agudos: euforia, aumento en las funciones de concentración y agudeza, cambio de apetito o peso, nerviosismo e insomnio (Jurado. 2008) Esta actúa sobre los receptores nicotínicos en el cerebro y otros órganos del cuerpo, predominantemente a nivel ganglionar, fomentando la descarga de neurotransmisores como acetilcolina, catecolaminas, noradrenalina, dopamina y serotonina (Kyerematen & Damiano, 1992)

En general el rol que juega la nicotina en el consumo del tabaco es alterar los estados químicos corporales, provocando su dependencia a través de su efecto sedante y placentero. Esta adicción acarrea colateralmente el consumo de alquitrán y monóxido de carbono, entre otras sustancias cancerígenas, lo cual deteriora y enferma al organismo.

Algunos factores que llevan a la dependencia del tabaco son: (Solano & Jiménez, 2002; Zarin, Pincus. & McIntyre. 2001; Rico. & Ruiz., 2002). 1)La nicotina produce efectos de refuerzo positivo (mejora la concentración y el estado de ánimo, reduce la irritabilidad y el peso). 2) Un bolo de nicotina llega al cerebro en un lapso de 7 a 10 segundos tras la inhalación, produciendo efectos casi instantáneos. 3) La dosis de la nicotina puede controlarse mediante la forma en que se consume el cigarro (forma de inhalación: profunda, media o suave). 4) El consumo del tabaco es frecuente (un

fumador regular puede administrarse hasta 200 dosis de nicotina por día). Y 5) existen muchas conductas sociales que inducen y permiten el consumo del tabaco.

En la siguiente tabla se pueden ver los efectos primarios que produce el tabaco y algunos efectos del síndrome de abstinencia que se producen cuando se intenta dejar de fumar, provocando síntomas displacenteros y deterioro en la calidad de vida.

EFECTOS PRIMARIOS	ABSTINENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Placer • Elevación en el nivel de alerta • Mejora la concentración • Mejora la ejecución de las tareas • Mejora la ansiedad • Reduce la rabia • Reduce el peso corporal • Desincronización del EEG • Aumento de niveles de catecolaminas, vasopresina, GH, ACTH, cortisol, prolactina, endorfinas • Acelera el metabolismo • Aumenta los ácidos grasos libres • ↑ FC • ↑ Presión arterial • Relajación momentánea de algunos grupos musculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Dificultad para concentrarse y ejecutar tareas • Ansiedad • Rabia • Aumento de peso • Problemas de sueño • Urgencia de fumar • Baja la excreción de catecolaminas • ↓ FC

Tabla 3. EFECTOS DEL TABACO

Aparte del síndrome de abstinencia, otros factores de riesgo para una recaída en los que incide la nicotina son la ansiedad y depresión, cada vez que un fumador desea interrumpir el consumo del tabaco, se incrementa su depresión o si no fuma se deprime. Los hechos científicos dicen que la nicotina del tabaco, es una sustancia que actúa sobre los receptores neuronales llamados nicotínico. La acción de la nicotina sobre estos receptores neuronales produce la liberación, de la acetilcolina, dopamina, serotonina y norepinefrina. En una persona deprimida, en donde estos mismos neurotransmisores están disminuidos el fumar hace que se aumenten momentáneamente estas sustancias, por lo que usa el tabaco como "corrector" del estado de ánimo, o de las deficiencias en concentración y memoria inherentes a la depresión, aunque el costo a la larga sea repercusiones en su salud. La adicción a la nicotina, se logra mediante la liberación de dopamina en el sistema límbico, cada vez que se inhala una bocanada de humo de tabaco. Esta experiencia gratificante para el

fumador, es el centro de la dependencia y en gran parte la dificultad que se tiene para dejar de fumar, contribuyendo al enmascaramiento de la depresión. (Henningfield, 2005)

3.2 Dependencia psicológica

Pero la dependencia al tabaco no es exclusivamente física, también se presenta una dependencia psicológica. Las respuestas anticipatorias presentes en la conducta del fumador se desarrollan como consecuencia del uso repetido del fumar en las distintas situaciones de la vida diaria. Tras un breve periodo de consumo esporádico, aprende a establecer asociaciones automáticas entre el hecho de fumar y la resolución de tareas. Así es como se establece una relación entre la aparición de determinadas situaciones diarias (estresantes, desagradables o placenteras) y el tabaco, con esto el fumador aprende a reforzar los efectos de relajación, que se relacionan con situaciones de descanso en donde el tabaco llega a ser un elemento imprescindible para sentirse tranquilo (fumar después de comer, al final de una relación sexual, durante una charla entre amigos, el cirujano que tras haber realizado una complicada intervención quirúrgica se enciende un cigarrillo, etcétera). Y el efecto de mejor rendimiento, asociado a la realización de tareas que el fumador no se ve capaz de afrontar sin el tabaco (concentración intelectual necesaria para redactar un texto, superar una prueba de habilidad, enfrentarse a alguien o a algo).

Entre los factores psicológicos se encuentran los cognitivos, es decir el modo en que procesamos, categorizamos y organizamos la información que recibimos por los sentidos. (Becoña & Gomez-Duran, 2000) Se considera dentro de los efectos cognitivos que las expectativas y la toma de decisiones juegan un papel importante junto con otros factores para el comienzo, consolidación y abandono en el consumo del tabaco.

El fumar también proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos con el tabaco. El adolescente se encuentra en el periodo de transición de la niñez, dependiente a la edad madura independiente, en el que en la búsqueda de su identidad utilizará todo aquello que influya en el

cumplimiento de las expectativas del medio y por lo tanto las ejecutara, iniciándose así el hábito de fumar.

Así en el mantenimiento el cigarrillo se incorpora a la personalidad del fumador, formando parte de sus gestos, costumbres, y autoimagen, haciendo de "el fumar" un estilo propio de vida. Para el fumador, renunciar al tabaco es perder identidad y dejar de ser él. En otras palabras, el fumar es una experiencia de constante recompensas que llega a generalizarse en diversas situaciones y contextos, creando así una compleja cadena de comportamientos.

Entonces la dependencia psicológica es compleja, puesto que se trata de un fenómeno personal, arraigado en las costumbres, la personalidad, la familia, el trabajo, los vínculos, el dolor, y una innumerable cantidad de fenómenos propios del ser humano, y aparte uno no necesita esconderse para fumar, porque está protegido social y culturalmente.

En el tabaquismo es necesario considerar como factor de riesgo "todo aquello que permita e induzca al niño o adolescente a consumir tabaco". Estos factores de riesgo pueden dividirse en individuales, familiares y sociales.

Dentro de los factores individuales se encuentra el tratar de actuar como adultos, poseer pocas destrezas para hacerle frente a la vida donde el tabaco les alivia el estrés, tener baja autoestima y depresión, baja percepción de autosuficiencia, baja tolerancia a la frustración y necesidad excesiva de auto aceptación. Como factores familiares, el tener padre, hermanos y amigos que fuman, familiares negligentes ante el tabaquismo, permisividad de fumar en lugares prohibidos, indiferencia de los padres ante las necesidades emocionales, deficiencia en la comunicación y violencia familiar. Y por último dentro de los factores sociales, la falta de concientización en la sociedad, accesibilidad al tabaco y al alcohol, asistencia frecuente a lugares donde se consume el tabaco, influencia de campañas publicitarias en donde se exhiben valores de poder, sofisticación, sexualidad, estatus económico y/o seguridad, incumplimiento de leyes y reglamentos oficiales, desigualdad de oportunidades,

(pobreza) y poder adquisitivo limitado (riqueza). . (Correia, Simons, Carey & Borsari, 2002)

También y muy importantes son los factores sensoriales ya que el fumar puede producir sensaciones placenteras en los sentidos del gusto, olfato, tacto, puesto que el tabaco excita terminaciones sensitivas de labios, boca, garganta y dedos. Además de que los movimientos estereotipados que conlleva la conducta de fumar lo convierte casi en un ritual. Dentro de este factor encontramos los objetos (ceniceros, encendedores, una cajetilla, etc.) que pueden convertirse en estímulos para encender el cigarrillo y continuar fumando.

Todos estos factores se correlacionan entre sí, por lo que es difícil tratarlos de manera individual, además de que se enmarcan dentro de los factores psicosociales que constituyen a las personas (Jurado, 2008).

En la siguiente tabla tenemos los factores que facilitan que una persona inicie y permanezca en el hábito de fumar.

1) Disponibilidad:	Para una persona es más fácil fumar si tiene acceso a los cigarrillos, por ejemplo, si en su casa hay personas que fuman y puede encontrar los cigarros fácilmente
2) Curiosidad	Muchas personas inician el hábito simplemente por la curiosidad de saber qué se siente al fumar
3) Rebeldía	En los adolescentes este es un mecanismo muy importante; muchos jóvenes, hombres y mujeres, para mostrar su inconformidad comienzan a fumar.
4) Obstinación	Muchos jóvenes fuman a pesar de que los primeros cigarros no les resultan agradables y de que los familiares les explican el daño que puede hacerles el tabaco.
5) Anticipación a la edad adulta	A través de los medios de publicidad se transmiten mensajes mostrando que una persona que fuma es adulta, con personalidad, dinero, éxito, etc., y los jóvenes comienzan a fumar para sentirse o parecer adulto
6) Seguridad del grupo	Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que todos los miembros fuman, comenzará a fumar para sentirse con tranquilidad en el grupo
7) Ejemplo de los padres	Los niños y los adolescentes obtienen gran cantidad de información, y aprenden a través de los padres y tienden a seguir su ejemplo.
8) Hermanos mayores y amigos fumadores	Al igual que sucede con los padres, los hermanos y los amigos pueden funcionar como modelos para que una persona comience a fumar.

Tabla 4. Factores que favorecen que una persona desarrolle el hábito de fumar

Como podemos observar en la siguiente tabla. El fumador inicia socialmente su consumo pero al paso del tiempo la nicotina, como sustancia psicoactiva, produce al fumador sensaciones de placer, relajación, o vigilia, además de servir como analgésico y anoréxico (quita el hambre). Por lo que encender un cigarrillo representa un refuerzo positivo para el fumador. La acumulación de estos refuerzos

termina generando la dependencia psicológica del tabaco y a la vez aumentando la dependencia farmacológica. Así los fumadores pueden recaer en uno o varios tipos de fumador dependiendo el cómo y porque fuman.

Social	El fumar tiene reforzadores positivos del medio ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, sofisticación etc. Generalmente fuman en reuniones, cuando están acompañados y pueden inhalar superficialmente
Manipulación	Este tipo de fumador disfruta los movimientos que se ejecutan en el acto de fumar, que se convierte en un rito desde el sacar y prender el cigarrillo. Lo utiliza para ocupar las manos y obtener satisfacción sensorial y motriz.
Sedante	Este fumador lo hace por placer, encendiendo un cigarrillo ante una taza de café, al leer un libro o escuchar música. El fumar para esta clase de personas, fortalece sus sentimientos positivos; lo hacen en forma irregular y pueden pasar mucho tiempo sin fumar en absoluto. La dependencia farmacológica todavía no es acentuada
Relajación	Muchos fumadores afirman que fumar les relaja. Esto puede explicarse debido a que esta condicionados a fumar cuando se sienten relajados. Probablemente disfrutarán más de un cigarro después de una comida, un cóctel o un café, siendo los cigarrillos un tipo de recompensa, una forma de disfrutar más.
Estimulación	Utiliza el cigarrillo para obtener energía cuando está cansado o tiene mucha presión en el trabajo. Fuma cuando está tenso o fatigado; fumar le proporciona a este individuo alivio transitorio, el cansancio parece desvanecerse. Esta clase de alivio inmediato puede llevar a un alto grado de dependencia de la nicotina.
Necesidad	La gente que necesita por lo menos un cigarrillo cada 30 minutos, siente que pierde algo cuando no está fumando (incluso se levanta por la noche en busca de cigarrillos). Es un verdadero adicto a la nicotina.
Dependencia	Esta forma de fumar es completamente automática y el fumador enciende un cigarro incluso teniendo otro encendido en el cenicero; fumar se vuelve algo casi inconsciente, ya no disfruta fumando, solamente compra y quema paquetes de cigarrillos para no experimentar el síndrome de abstinencia.

Tabla 5. Tipos de Fumadores

Los tres últimos tipos de fumadores son considerados como farmacodependientes, con estos pacientes es recomendable utilizar algún sustituto de nicotina para evitar las molestias del síndrome de abstinencia y poder conseguir más rápido el abandono. (Russell, 1998).

La nicotina genera adicción física y psíquica por lo cual el abandono del hábito genera síntomas de abstinencia física y psicológica muy desagradables. Los cigarrillos están hechos de manera de crear dependencia entre sus consumidores y la nicotina es la droga que más frecuentemente se consume.

Ambas, tanto la adicción física como la psicológica están presentes y asociadas desde el inicio del hábito. Pero la tendencia en aumento de la adicción farmacológica va a depender del patrón de consumo, tiempo de evolución, forma de inhalar el cigarrillo y rapidez con que lo consume. Y a estos fumadores es a los que

les va a costar trabajo el abandono del hábito e incluso ya habrán intentado abandonar su hábito sin resultados favorecedores.

En los pacientes en donde la dependencia psicológica es más fuerte (4 primeros tipos de fumador), el abandonar su hábito puede realizarse incluso sin ayuda ya que ellos no han desarrollado aun una dependencia a la nicotina fuerte. Aunque algunos de estos fumadores desarrollan patrones de conducta repetitiva con su hábito por lo que requieren una breve terapia psicológica de ayuda para conseguir el abandono.

4. Modelos psicológicos del tratamiento para el abandono del hábito de fumar.

En este capítulo se plantean las bases teóricas que explican el comportamiento de los adictos, del tratamiento cognitivo conductual. Siendo el objetivo del mismo el identificar y analizar los principios que nos pueden llevar a la adquisición y mantenimiento del hábito de fumar. Así como las bases de la Educación para la Salud. Y también conocer algunas alternativas de reemplazo nicotínico (TRN) enfocadas a modificar el mecanismo de acción de la nicotina para reducir los síntomas del síndrome de abstinencia y controlar la adicción farmacológica.

Se han implementado diversas técnicas e intervenciones para dejar de fumar y conseguir la no recaída, como: Consejo Médico, Asesoría, Educación para la Salud, Cognitivo Conductual, Hipnosis, Acupuntura, etc. Algunas de estas técnicas con muy pobres resultados de efectividad. (Schwartz, 1995).

Los mejores resultados e nivel internacional son los programas con técnicas psicológicas, por lo que el tratamiento para la cesación del tabaquismo que se implementó en la Clínica tiene sus bases en la terapia cognitivo-conductual, la cual se fundamenta en dos corrientes principales: teoría del aprendizaje o conductual y la teoría cognitiva.

4.1. Teoría Conductual

En esta terapia la mayor parte de la conducta, incluyendo la inadaptada, es aprendida y por ende puede ser modificada aplicando los principios básicos del aprendizaje (Martonell, 1996).

Partiendo de este fundamento el aprendizaje puede ser definido como un proceso mediante el cual la experiencia o la práctica dan lugar a un cambio relativamente permanente en la conducta o en el potencial de conducta (Phares, 1999). Existen tres paradigmas en las intervenciones de la terapia conductual:

a) Condicionamiento clásico: estudio clásico de Pavlov, representa el aprendizaje que se lleva a cabo cuando un estímulo neutro (sonido de una campana) se aparea con un estímulo incondicionado (comida) y producen una respuesta refleja o innata. (Salivación). Después de que el estímulo neutro es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado, la asociación entre ambos se aprende.

El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento y la recaída en las adicciones. De acuerdo a este parámetro, un reflejo incondicionado ocurre al momento de fumar (entrada de nicotina) y la respuesta incondicionada son las que se experimentan durante la ingesta de la droga (relajación, mayor concentración etc.), la asociación entre ambos se aprende generando así una conducta condicionada. Y la extinción que es el procedimiento en el cual una conducta operante que ha sido reforzada deja de ser reforzada y le produce el fin de la respuesta, es decir, la cesación.

b) Condicionamiento operante: Basado en los estudios de Skinner, se refiere al tipo de aprendizaje en el cual se alternan las conductas principalmente por las consecuencias que la preceden. Es decir, cuando una respuesta (picotear una palanca) es reforzada (con comida) en presencia de un estímulo discriminativo (luz) la presencia de este estímulo aumentará la aparición de la respuesta (Kazdin, 2000). La efectividad de éste condicionamiento es tal que el sujeto no sólo aprende a responder ante una nueva situación con una conducta que formaba parte de su repertorio anterior, sino que también le puede permitir obtener un nuevo repertorio de conductas. A diferencia del "condicionamiento clásico", el sujeto interviene u "opera" en el medio, lo modifica y este repercute sobre el organismo: si los resultados de la acción del sujeto son "adecuados" ("placenteros"), la conducta se aprenderá, siendo más probable que se emita de nuevo en las mismas circunstancias; si los resultados de la acción no son "adecuados" ("desagradables") dicha conducta tenderá a desaparecer de la rutina del sujeto.

Dependiendo del tipo de refuerzo el condicionamiento operante puede ser positivos, estos se dan cuando el refuerzo es un estímulo que aumenta la probabilidad de la emisión de la conducta que provoca la aparición del refuerzo por ejemplo, es común que la primera vez que alguien fuma lo haga en compañía de amigos, a escondidas, en un ambiente en el que prevalece la broma, la risa, la complicidad y la sensación de estar haciendo algo de adultos, como consecuencia hay una sensación de logro y aceptación, por lo que la probabilidad de que vuelva a fumar en compañía o en estos ambientes aumentara el deseo de volver a experimentar estas sensaciones y por lo

tanto de fumar. Este mecanismo de aprendizaje tiene lugar sólo conforme aumenta su consumo y frecuencia no desde el inicio del hábito.

Otro caso del condicionamiento operante es el reforzador negativo, este refuerzo puede ser: de evitación, cuando la conducta impide la presencia de un estímulo aversivo; o de escape, cuando la conducta elimina la presencia de un estímulo aversivo por ejemplo, los fumadores principiantes pronto descubren que cuando fuman disminuye casi automáticamente el sueño, el estrés, el enojo y casi todas las emociones llamadas negativas porque se experimentan con malestar. Cuando los reforzadores positivos y negativos se presentan simultáneamente, se incrementa la probabilidad de que la conducta de fumar se lleve a cabo. (Macias, Méndez & Olivares, 2003).

c) Modelamiento o aprendizaje social: Basado en la teoría de Albert Bandura, se utiliza para identificar aquel tipo de aprendizaje en el que mediante la observación de otro individuo (modelo), el observador puede incluir a su repertorio una conducta compleja (Martonell, 1996). Por ejemplo un niño observa que su padre enciende un cigarro cuando está enojado para tranquilizarse, por ende el niño aprende que el cigarro se utiliza para controlar el enojo.

La terapia conductual (TC), inicia por el modo concreto de plantear el diagnóstico o la conducta a trabajar, por lo que ésta se basa en dos elementos principales:

1. Identificación de la conducta objetivo: En el caso del tabaquismo, consiste en identificar el fumar como una conducta desadaptativa (CD) que trae consigo consecuencias físicas y sociales. Por medio de su patrón de consumo, intensidad, duración, frecuencia y latencia. Cooper, Heron, Heward. (2007).
2. Análisis funcional de la conducta. Es la Identificación de las condiciones bajo las que sucede la conducta: bajo qué condiciones y circunstancias se da la CD. Así como determinar los acontecimientos que anteceden a esa CD y los que la proceden. Por ejemplo, los fumadores inician su tratamiento registrando el lugar, en compañía de quién y el estado de ánimo que tienen antes de encender el cigarro y fumarlo. La finalidad de esta técnica de registro de la conducta, es llevar al paciente a que se observe como puede modificar su conducta a través del aprendizaje, con el solo hecho de la auto observación y de esta forma pueda generar nuevos reforzadores

positivos que le ayuden o le sirvan para incrementar su abstinencia y a su vez establecer un nuevo aprendizaje.

La modificación de conducta y la TC, son un conjunto de técnicas que le permite al terapeuta en intervenciones breves y a partir del análisis del patrón de consumo dar a sus pacientes pautas o sugerencias que los dirigen a conductas más adecuadas para el buen funcionamiento orgánico, así como psicosocial. Un ejemplo claro de ello es la inclusión del programa de modificación de conducta en la mejora de estilos de vida saludables en los programas de tabaquismo (dieta de alimentos con fibra, ingesta de líquidos, ejercicio, entre otros).

4.2 Terapia cognitiva y la terapia racional-emotiva-conductual

La teoría cognitiva se basa en el principio de que la conducta del individuo es el resultado de los pensamientos y cogniciones a través de sus percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes que tiene sobre sí mismo y su ambiente. En otras palabras, supone que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos pueden conducir al cambio conductual. (Oropeza, Loyola & Vázquez, 2006) El modelo cognitivo social se plantea la suposición de que la mayor parte de los problemas psicológicos son el resultado de procesos de pensamientos inadecuados. Esta teoría parte de tres factores, los cuales son: 1) cogniciones o pensamientos, 2) afectos o sentimientos, y 3) conductas. Así que mientras los pensamientos sean erróneos, las respuestas emocionales y conductuales serán equivocadas, por lo que en la medida en que la persona piensa cambia también, la manera en que siente y actúa. (Kazdin. 2000).

Por lo anterior los primeros modelos de esta son los denominados de reestructuración cognoscitiva, que es una estrategia destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. Dentro de esta se encuentran la terapia cognitiva (TC) y la terapia racional-emotiva-conductual (TREC), siendo esta última la utilizada primordialmente en el tratamiento para la cesación tabáquica La TREC fue desarrollada por Albert Ellis y tiene como base que los problemas psicológicos

surgen de pensamientos distorsionados lo que él denominó creencias irracionales, estos patrones se hacen evidentes en las auto verbalizaciones que las personas se hacen de sí (Kazdin. 2000). Parte de la idea que los pensamientos o creencias irracionales son los “debo” o “tengo que” o aquellas exigencias de tipo absolutista.

Ellis desarrolló el modelo A-B-C para el análisis y cambio cognitivo-conductual, mencionaba que las personas no se perturbaban por las cosas sino por la visión que tienen de ellas. Ellis argumentaba que ante un acontecimiento activador (A) existen una serie de creencias (Beliefs-B) las cuales conducen a una consecuencia (C). Por lo tanto el tratamiento racional-emotivo, puede llevarse a cabo trabajando directamente en un cambio en los pensamientos (B) para cambiar la consecuencia en la conducta del individuo, dado que el acontecimiento no se puede cambiar.

Es importante señalar que debido a la repetición de la conducta los pensamientos del consumidor de tabaco (B) en su mayoría son invisibles, ya que la persona que fuma, ya ha llevado un proceso de aprendizaje, pasando del acontecimiento directo en automático a la consecuencia. Esta circunstancia dentro de la terapéutica TREC es fundamental valorarla, dado que lo más común es que el individuo por sí solo no logre observar estos pensamientos erróneos. (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1992. Ellis & Russell, 1997).

4.3 Terapia cognitivo-conductual

Durante varios años, ambos principios (modificación conductual y teoría cognitiva) brindaron apoyo a los individuos cada uno por separado; sin embargo fue hasta después que la terapia de la conducta se transforma en la terapia cognitivo-conductual, la cual toma como principios principales la modificación conductual y la teoría cognitiva y es por excelencia la más utilizada en el tratamiento de las adicciones.

La TCC y sus técnicas asumen que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivo. Toma a las atribuciones, valoración, expectativas de autoeficacia y las expectativas de efectos relacionados con la sustancia, como la serie de cogniciones que favorecen el proceso de la adicción. La terapia cognitivo-

conductual tiene las siguientes premisas: a) Utiliza los principios del aprendizaje y una diversidad de habilidades de afrontamiento, algunas de las cuales son cognitivas para eliminar la conducta adictiva (en este caso fumar). b) Se relaciona con modificar lo que el fumador piensa y hace. c) Se centra en cogniciones, creencias y algunas expectativas. d) Ayuda a los pacientes a identificar las situaciones, sentimientos, conductas y cogniciones en las que se presenta la conducta. (Dowd, 1997).

Retomando una serie de cogniciones tales como:

Atribuciones: las cuales son explicaciones que una persona da de la ocurrencia de un evento, por los cuales se implementan en dimensiones atributivas: a) interna-externa, b) estable-inestable y, c) global-específica.

Valoración cognitiva: es aquella realizada por el individuo antes las situaciones y de su habilidad para enfrentarlas.

Habilidades de afrontamiento: son las estrategias que el individuo aplica o piensa en una situación de crisis o ante un riesgo renovado del consumo de Tabaco.

Expectativas de autoeficacia: se trata de las creencias que una persona tiene sobre su capacidad para realizar exitosamente una respuesta o tarea

Expectativas relacionadas con el uso de la sustancia: Se refiere a la serie de expectativas cognitivas acerca de los efectos anticipados en este caso del tabaco sobre los sentimientos y la conducta. (Hernández, 2007).

4.4. Psico- Educación. (Educación para la salud.)

El otro programa que se comparara será la educación para la salud que fue definida por la OMS en la Asamblea de la Salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite.

La educación para la salud son programas planificados y secuenciales de enseñanza, basados en principios de aprendizaje y en la teoría de los cambios conductuales.

Un programa de educación para la salud efectivo puede reducir el número de enfermedades relacionadas con el género de vida, las enfermedades sociales y determinados comportamientos que conducen a una muerte prematura o a una discapacidad, como es en este caso el tabaquismo y los daños a la salud que causa. (Perea, 2004). Para el tratamiento que se comparo se incluyeron temas Como: Cuidados personales. Conocimientos sobre sus ambientes familiares, sociales y laborales. Potenciar la autoestima del paciente. El desarrollar las capacidades necesarias para afrontar positivamente su medio ambiente natural. Mejorar y brindar estilos de vida más saludables (beber agua, ejercicio, ingesta de frutas y verduras, aumento en el consumo de fibra y vitaminas). Prevenir y/o controlar enfermedades causadas por el tabaquismo

4.5 Terapia de reemplazo nicotínico (TRN)

En el intento por combatir la adicción a la nicotina, se han propuesto alternativas distintas enfocadas a modificar el mecanismo de acción de la nicotina o bien a reducir la sintomatología de la abstinencia, en esta intervención y en ambos programas se utilizara la terapia sustitutiva consiste en la administración de nicotina a la persona que desea abandonar la adicción al tabaco, por una vía distinta de la de fumar cigarrillos, y en una cantidad suficiente para evitar el desagradable síndrome de abstinencia, pero insuficiente para generarle dependencia.

Es importante tener en cuenta las siguientes premisas: a) Únicamente será necesaria en pacientes con alta dependencia física. b) Debe iniciarse el mismo día en que se deja de fumar, al levantarse. c) Se mantendrá diariamente, reduciendo periódicamente la dosis, sin superar el mes.) Existen varias formas de administración, siendo las más usadas: el parche cutáneo y el chicle o goma de mascar.

En casos de dependencia severa es útil combinar el parche y el chicle con nicotina ya que a lo largo del día el fumador experimentan episodios intensos de deseo de fumar, pudiendo masticar entonces el chicle y conseguir así la abstinencia

Como la absorción de la nicotina a partir de los productos mencionados es gradual no la capta el cerebro con rapidez. Por lo tanto, se dispone de más tiempo para la neuroadaptación (desarrollo de tolerancia) conforme se incrementan las concentraciones de nicotina. No se presentan los efectos estimulantes y euforizantes de la nicotina que produce el tabaquismo. Por otra parte el conservar una concentración constante de nicotina en el organismo mediante la sustitución de cigarrillos, impide la disminución brusca de las concentraciones de nicotina obtenida después de fumar cigarrillos que se acompaña del síndrome de abstinencia. Por tanto se alivian estos síntomas, lo que probablemente explica la eficacia del tratamiento de sustitución de nicotina. (Foxy & Axelroth, 1983. Foxy & Brown, 1989).

4.5.1 Goma De Mascar Con Nicotina

El chicle produce concentraciones gradualmente crecientes y decrecientes de nicotina durante todo el día. La persona debe masticarlo de manera repetida para obtener nicotina con el paso del tiempo y las concentraciones de esta disminuyen por la noche al dormir. Como sucede con el nicotina de los cigarrillos, existe un ciclo diario de neuroadaptación y abstinencia con el empleo del chicle, pero la amplitud de los ciclos aumenta.

La goma de mascar con nicotina es una sustancia (complejo de resina de nicotina) de absorción transmucosa libre de otros elementos dañinos que contiene el humo del cigarrillo, que contiene 2 o 4 mg de nicotina.

El paciente debe ser informado de que no es un fármaco milagroso, que precisa esfuerzo personal, sino que facilita el proceso de abstinencia, que sirve para sustituir al tabaco en situaciones de emergencia y que al principio puede resultar desagradable. (Balfour & Fagerstrom, 1996)

4.5.2 Parche Transdermico Con Nicotina

Se trata de un parche adhesivo en forma circular, que contiene 17.5, 35 ó 52.5 mg de nicotina en una base de gel de liberación lenta. Su vía de administración es transdérmica dando como resultado concentraciones de esta sustancia que se incrementan de forma gradual y establecen una meseta durante la mayor parte del día. La base de gel se pone en contacto directo con la piel y actúa como un reservorio, desde el cual la nicotina se absorbe lentamente durante 24 horas, toda la nicotina que se libera penetra a la circulación sistémica. Posteriormente a la aplicación del parche, las concentraciones de nicotina se incrementan hasta un pico máximo que se alcanza entre las 4 y las 12 horas para después descender gradualmente. Al desprender el parche las concentraciones de nicotina plasmática descienden en forma exponencial, con una aparente vida media de 3 a 4 horas (Hughes, 2006).

4.5.3 Inhalante Nasal Con Nicotina

Tiene el potencial de descargar nicotina hacia la circulación con rapidez, de manera similar a lo que sucede con los cigarrillos y permiten una sustitución más directa de una forma posológica de nicotina por otra. Una desventaja consiste en que con su empleo regular, los individuos pueden volverse dependientes del mismo modo que lo han hecho con los cigarrillos. Cada filtro contiene 5 mg de nicotina.

La terapia de reemplazo de nicotina tales como la goma de mascar, parche e inhalante nasal se utilizan para aliviar los síntomas de la abstinencia, producen alteraciones menos severas y en general proporciona al usuario niveles de nicotina más bajos que los cigarrillos, controlan así su dependencia farmacológica. El objetivo de la TRN es aliviar los deseos vehementes de la entrada de nicotina al organismo y calmar los síntomas del síndrome de abstinencia que se presentan cuando alguien reduce el consumir de cigarrillos y/o deja de fumar. Un beneficio adicional es que el TRN tiene poco potencial para ser abusadas ya que no producen los efectos placenteros de los cigarrillos, tampoco contienen los cancerígenos y gases asociados con el humo de tabaco. (Schwartz, J. L.1991).

5. Técnicas de intervención en la TCC utilizadas.

De los modelos de tratamiento anteriores la relevancia de utilizar la TCC para la intervención que se realizó en la Clínica Contra el Tabaquismo en grupos de fumadores. Se llevo a cabo el diseño de un modelo de tratamiento con base en una serie de técnicas, en las cuales se aplican los principios psicológicos (cognitivos y conductuales) para proporcionar un cambio saludable en el individuo ya sin el tabaco. Dentro de estas técnicas podemos encontrar la inoculación conductual, autoregistro-automonitoreo, relajación, visualización dirigida, rol playing, entre otras. Las siguientes son técnicas que componen el modelo de tratamiento utilizado y se describen a continuación:

5.1 Historia de fumador.

El terapeuta revisa los principios básicos del aprendizaje con el paciente, a través de su historia, y hace que el paciente reconozca que todo lo que actúa, piensa y siente se logra a través de una serie de ensayos conductuales y que en medida de que esto se lleve a cabo, las acciones se automatizan. El paciente describe su historia de inicio del consumo de tabaco, vinculando los escenarios y situaciones en los que lo lleva a cabo, así como los estados emocionales que permiten el inicio y mantenimiento del fumar. Con esto comprueba que los antecedentes de su adicción al tabaco son consecuencia de un aprendizaje y que a pesar de ser una conducta errónea (desadaptativa) le ha funcionado hasta ahora.

Inoculación conductual

Se ejercita al paciente, a través de una serie de tareas (autoregistro-automonitoreo), a observar la conducta inadecuada en su medio y conocer el por qué y para qué lo utiliza, así como cuáles son sus enlaces emocionales y situacionales que lo llevan a consumir tabaco. Al mismo tiempo se entrena al paciente con técnicas de juego de roles (rol playing), relajación con respiraciones profundas y con visualización dirigida en los escenarios donde fuma y logra visualizarse en su ambiente sin fumar percibiéndose como exitoso (auto eficaz). (Meichenbaum, 1987)

Autoregistro-automonitoreo

Con estos autoregistros los pacientes observan y registran sistemáticamente su propia conducta, sirven como colaborador y agente de cambio con el fin de encontrar las circunstancias en las que ocurre la CP y descubra las conexiones estímulo-respuesta que de otra manera no se harían presentes en su realidad inmediata.

Es una de las herramientas básicas para cambiar o manejar adecuadamente una conducta, debido a que el usuario en el momento de la auto-observación lleva implícita la toma de conciencia de lo que está sucediendo in vivo con su conducta de fumar (emoción-situación).

El paciente monitorea y registra su conducta, en este caso el fumar, en sus escenarios reales, lo que proporciona datos para evaluar la conducta problema. Los beneficios que proporciona la utilización de los autoregistro son: a) Romper con la conducta automática. b) Crear un cambio conductual en el momento de iniciar el registro. c) Genera autorreflexión (estímulos internos-externos). d) Mantiene alerta al fumador sobre su conducta. e) Facilita el proceso de disonancia cognitiva que lleva a la búsqueda de alternativas de cambio.

5.2 Relajación Muscular progresiva

El objetivo con esta técnica es proporcionar a los pacientes una herramienta que permite manejar la ansiedad (manejada anteriormente con el cigarro) con la finalidad de enfrentarse a las situaciones estresantes y que la puedan llevar a cabo en su propia casa, en el momento que deseen con el fin de evitar futuras recaídas.

Es aflojar el tono muscular a través de distintos modos que existen para conseguirlo. También tiene otras finalidades el soltarse (aflojarse), ya que se provocan en el sujeto inducido a relajarse un mundo de sensaciones y evocaciones, una "inmersión introspectiva" según. (Durand & Kammerer, 1986)

Da la oportunidad al paciente de poder persuadirse a sí mismo a través de su imaginación, viéndose como capaz de realizar cualquier cosa físicamente posible de realizar. (Davis & Mckay, 1998)

Visualización

La visualización se trata de una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, el cuerpo y para efectuar cambios deseados en la conducta. Da la oportunidad al paciente de poder persuadirse a sí mismo a través de su imaginación, viéndose como capaz de realizar cualquier cosa físicamente posible de realizar.

Consiste en un proceso de pensamiento que invoca el uso de los sentidos. Si bien el término español visualización parece referirse sólo a lo visual, el vocablo inglés "*imagery*", menos restrictivo, está más cerca de lo que realmente es el proceso, ya que implica el uso de la imagen mental que abarca todos los sentidos: visión, audición, olfato, gusto, y sensaciones kinestésicas de movimiento, posición y tacto (Norris & Porter, 1991).

La visualización dirigida inicia con un proceso de relajación sencilla, en el que se destensan los principales músculos gruesos del cuerpo de los pacientes, iniciando con las piernas, seguido por el pecho pasando por los brazos terminando en el cuello y cabeza.

Rol playing o juego de roles

Esta técnica es de origen psicoeducativo y fue aplicada en sus orígenes en aulas para facilitar la comprensión en un grupo y posteriormente fue utilizada en el ámbito laboral (Pasut, 1997).

Está diseñada de tal modo que permita despersonalizar una situación para analizarla, permitiendo así trabajar la empatía y la comprensión con los demás; con la práctica continua se logra reconocer sentimientos, actitudes, valores que caracteriza en algunos casos, la conducta representada. Por otro lado hace posible aceptar a los demás, resolviendo conflictos y asumiendo con responsabilidad la toma de decisiones. El rol playing es adoptado por la terapia cognitivo conductual, precisamente por estas características Greenberg, Rice, y Elliot, (1996) y en específico en la terapéutica de las adicciones debido a que logra contactar al individuo con sus emociones y facilita que el individuo se responsabilice sobre su toma de decisiones.

El objetivo sería que el paciente detecte distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información, analice comportamientos en situaciones críticas, contacte con sus emociones y se responsabilice sobre su toma de decisiones.

5.3 Estrategias de afrontamiento

Son de suma importancia desarrollarlas en el paciente con ayuda de autorregistros-automonitoreos de tratamiento en donde se les permita encontrar soluciones inmediatas ante los eventos desencadenadores de la conducta de fumar. Utilizando: relajación con visualización dirigida (escenarios) y ensayo con juego de roles (*rol playing*). (Domínguez, 1995)

Mantenimiento de la inoculación conductual.

El paciente, a través de una serie de acciones de repetición autoafirmativa, logra su abstinencia en los escenarios en los cuales fumaba y conforme la práctica extingue su necesidad de fumar.

Se revisa las teorías del aprendizaje (condicionamiento operante, aprendizaje social, etc.) vinculadas con los aciertos conseguidos durante los ensayos conductuales que lo llevan al aprendizaje de nuevos estilos de vida sin fumar. Este paso se basa en la premisa. "Si se acciona se vincula" Se manejan estrategias para la prevención de recaídas "*craving*".

Entrenamiento en solución de problemas

El objetivo es que el paciente obtenga habilidades de solución de conflictos que mejoren su estilo de vida y lo ayuden a mantener su abstinencia. Al no encontrar solución a un problema surge o se incrementa el estrés y otros estados emocionales negativos. Y si se actúa sin tener una solución adecuada, la respuesta que se da es no deseada, de forma poco eficaz, o simplemente no se actúa al no encontrar solución.

El entrenamiento en solución de problemas a simple vista no tendría mucho que ver en el tratamiento de los pacientes con tabaquismo, sin embargo, es una técnica que debe ser utilizada, ya que, lo que reportan los mismos fumadores, muchas veces

han aprendido a utilizar la descarga de nicotina, así como el manipular el tabaco para enfrentar los problemas cotidianos.

Consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y, puesta en práctica y 5) verificación de la solución.

Escritura emocional autorreflexiva y cartas de despedida.

En el curso de la historia la escritura ha tenido una influencia muy poderosa en los sentimientos, pensamientos y conductas de los individuos y las comunidades (Dominguez, 2002); es por esto que, desde sus inicios, las terapias cognitivas conductuales la han utilizado como medio terapéutico y de reestructuración cognoscitiva, ya sea como auto reportes o bien como registros conductuales (Caballo, 1990) esto en el aspecto de reestructuración. En cuanto a las aplicaciones de la escritura para fines terapéuticos parece haber surgido de la tradición psicoterapéutica de recurrir a las terapias expresivas para aliviar malestares asociados con experiencias traumáticas, (Smyth & Greenberg, 2000).

Se ha adoptado la escritura en la terapéutica de adicción al tabaco en su modalidad de autoregistro y narración, en el caso específico de las cartas de despedida como un medio de revelación emocional y de compromiso a largo plazo. Esto es por medio de las cartas de despedida, se pretende hacer que el fumador se haga consciente de sus emociones y características desplazadas al cigarro, así como hacer patente su decisión de abandonar el tabaco mediante un compromiso escrito a largo plazo.

Técnica de autodiálogos eficaces.

El objetivo de esta técnica es que el paciente logre identificar su diálogo interno y sea capaz de refutar las ideas irracionales y cambiarlas por ideas racionales que lo mantengan en abstinencia. Se ha comprobado que el paciente cuando se encuentra en estado de preparación-acción sus diálogos internos juegan un papel muy

importante, ya que estos se encuentran gobernados por la disonancia cognoscitiva entre "que quiere o que debe".

Las técnicas que han dado resultados en la resolución (debe-quiere) del pensamiento e inhibe conductualmente son las afirmaciones de afrontamiento, ya que estas se basan en el lenguaje interno del consumidor (que se dicen a si mismo) La técnica de autodiálogos eficaces es directiva y ayuda a superar dicha disonancia. Estos serán de forma auto-afirmativa positivas que promuevan el cambio a mantenerse en abstinencia. Ellis menciona que existen cuatro formas de autoafirmaciones de afrontamiento: empíricas y realistas, filosóficas y anti-exigentes, de ánimo y de pensamiento positivo u observaciones de afrontamiento.

6. Metodología y Resultados.

Estudio comparativo de 2 intervenciones para la cesación del tabaquismo.

El presente estudio se realizó como una secuela a un estudio también realizado en la Clínica del Tabaco del Hospital General, en el cual se encontró que los programas de reestructuración cognoscitiva (PRC) y de educación para la salud (PES) fueron prácticamente equivalentes en su efectividad para dejar de fumar (56% y 52%, respectivamente). Sin embargo, al comparar los programas combinados, el PRC con terapia de reemplazo nicotínico (TRN) mostró una cesación de 62% mientras que en el PRC junto con el PES fue de 60% al término de la intervención.

Considerando la efectividad relativa y el bajo costo y sencillez del programa de educación para la salud, los primeros resultados sugerían la adopción de esta técnica como la intervención primaria de la Clínica, pero la diferencia de 10 puntos porcentuales entre la efectividad del programa combinado PRC+TRN y la del PES sólo, era indispensable e inevitable considerar la efectividad de un programa combinado PES +TRN en relación al PRC+TRN.

En virtud de que la mayoría de la población que se atiende en la Clínica del Tabaco del Hospital General son pacientes neumológicos, nuestra pregunta de investigación fue si la intervención PES+TRN sería equivalente a la combinación TCC+TRN, teniendo la TRN un efecto multiplicador sobre la efectividad de los programas PES y PRC por si solos, para el abandono del hábito de fumar en este tipo de pacientes.

6.1. Método.

El estudio que se realizó tuvo un diseño cuasi-experimental y longitudinal en tanto se utilizó una muestra no probabilística consecutiva de pacientes neumológicos voluntarios para formar 2 grupos de tratamiento para dejar de fumar (TCC+TRN vs PES+TRN), cuyo consumo de tabaco fue evaluado al mes, tres meses, seis meses y al año después del tratamiento. Aún cuando no se igualaron los sujetos ex-ante, la asignación a los grupos fue aleatoria y en la evaluación ex-post se pudo constatar la similitud de los sujetos en ambos grupos en varias características relevantes para el estudio (ver sección de Resultados).

Sujetos. Participaron 156 pacientes neumológicos que asistieron voluntariamente a la Clínica contra el tabaquismo en la Unidad de Neumología del Hospital General de México "Eduardo Liceaga" en el periodo comprendido entre 1999- 2000, cuyas principales características demográficas y médicas se resumen en las tablas 6 21.

A todos los pacientes se les realizó una evaluación médica especial del aparato respiratorio con una batería de estudios que incluyó: electrocardiograma, radiografía de tórax, biometría y química sanguínea, prueba funcional respiratoria y citología en expectoración. En consulta con un médico especialista fueron diagnosticados y se les prescribió el tratamiento adecuado a su padecimiento. Para los fines de esta investigación se seleccionaron a todos los pacientes fumadores crónicos, excluyendo a los pacientes con diagnóstico de cáncer.

RANGO DE EDAD	CC/TRN n=81		ES/TRN n=75		ESTADO CIVIL	CC/TRN n=81		ES/TRN n=75	
21-30	9	11.11%	10	13.33%	CASADO	4	51.81%	4	54.66%
						2		1	
31-40	23	28.39%	21	28.00%	SOLTERO	2	25.92%	2	26.66%
						1		0	
41-50	27	33.33%	26	34.66%	DIVORCIADO	9	11.11%	6	8.00%
51-60	18	22.22%	15	20.00%	VIUDO	6	7.40%	4	5.33%
61-70	4	4.93%	3	4.00%	U.LIBRE	3	3.70%	4	5.33%

ESCOLARIDAD	CC/TRN n=81		ES/TRN n=75		OCUPACIÓN	CC/TRN n=81		ES/TRN n=75	
SEC. INCOM.	8	9.87%	8	10.66%	PROFESIONISTA	2	29.62%	1	21.33%
						4		6	
SEC. COM.	13	16.04%	12	16.00%	NEGOCIO PROPIO	1	19.75%	1	22.66%
						6		7	
C. TECNICA	14	17.28%	14	18.66%	TECNICO/OFICIO	2	25.92%	1	24.00%
						1		8	
PREPARATORIA	22	27.16%	21	28.00%	HOGAR	2	24.69%	2	32.00%
						0		4	
PROFESIONISTA	18	22.20%	16	21.33%					
POSTGRADO	6	7.44%	4	5.33%					

LUGAR DE ORIGEN	CC/TRN n=81		ES/TRN n=75	
D.F.	6	85.18%	6	89.33%
	9		7	
PROV/EXTRANJERO	1	14.81%	8	10.66%
	2			

Tabla 6. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Procedimiento.

Los pacientes participantes fueron canalizados a la Clínica del Tabaquismo por el médico que los atendió en la Unidad de Neumología por algún daño o enfermedad respiratoria y que en rutina de consulta les comentaba de la existencia de la Clínica y de la necesidad de dejar de fumar para no agravar su patología.

De todos los pacientes que asistieron a la Clínica, únicamente se incluyeron en el estudio a los que manifestaron su deseo de dejar de fumar y que no tuvieran un diagnóstico de cáncer.

Al ingresar la Clínica contra el Tabaquismo se les maneja conjuntamente el daño orgánico causado por el tabaco y el aspecto psicológico de la adicción al mismo.

Cada paciente recibió información general sobre la terapia y si decidía quedarse en el estudio, se le daba una cita para una entrevista psicológica, era asignado al azar a uno de los grupos de tratamiento y, posteriormente, era referido al área de Trabajo Social ya que el tratamiento tuvo un costo de entre \$250 y \$1,500 pesos, dependiendo del nivel socioeconómico del paciente.

La entrevista psicológica tuvo una duración aproximada de 2 horas y en ella se aplicaron todos los instrumentos psicológicos ya mencionados y se determinó el perfil del fumador.

Los 156 pacientes fueron asignados al azar a uno de los grupos de tratamiento: Educación para la Salud con Terapia de Reemplazo Nicotínico (PES+TRN; 75 pacientes) y Terapia Cognitivo Conductual con Terapia de Reemplazo Nicotínico (TCC-TRN; 81 pacientes).

Los pacientes asistieron a sesiones de grupo de 8 a 12 personas, dos veces por semana por un total de ocho sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una durante la fase de tratamiento. En la fase de seguimiento se programaron cuatro sesiones de evaluación al mes, 3 meses, 6 meses y al año después del tratamiento.

Adicionalmente, a todos los pacientes se les aplicó la siguiente batería de pruebas psicológicas: Historia personal de tabaquismo, Historia familiar de tabaquismo, Cuestionario de motivos de fumar (Anexo 3), Cuestionario de Fargeström (Anexo 4), Cuestionario de Ansiedad Beck (Anexo 8) y el Cuestionario de Depresión de Beck.(Anexo 7)

Todos los participantes recibieron entrenamiento en técnicas de automonitoreo y autoregistro (Anexo 5 y 6) para la adherencia terapéutica, en tres áreas específicas: 1) consumo regular y uso adecuado de medicamentos, 2) conducta de abstinencia al tabaquismo y 3) implementación de ejercicios respiratorios y/o físicos. Con los resultados obtenidos se realizó una evaluación por el médico neumólogo y se le dio seguimiento.

Grupos de tratamiento.

Los dos grupos de tratamiento para el abandono del tabaquismo que se evaluaron en este estudio fueron un programa cognitivo conductual y un programa de educación para la salud, los cuales se describen más adelante; ambos programas se complementaron con una Terapia de Reemplazo con Nicotina, en las cuales se utilizó la tableta masticable con nicotina en forma regular (hasta 12 tabletas en 24 horas, dándosele una explicación al sujeto sobre su uso), y en casos con alto índice de farmacodependencia se utilizó el parche con nicotina.

Terapia cognitivo-conductual.

Este programa incluyó ejercicios de identificación del problema, identificación de la historia del mismo, identificación de alternativas de solución, grados de dificultad de estas, diálogo mayéutica, desarrollo e inversión de roles con dinámicas de grupo, junto con una intervención de sensibilización encubierta, técnicas de autocontrol, asertividad y relajación.

Los objetivos y actividades que se plantearon para cada una de las sesiones en esta intervención se describen en el cuadro siguiente (Cuadro 1).

Cuadro 1. SESIONES DEL TRATAMIENTO

SESION	TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
PRIMERA	Encuadre grupal. Presentación del grupo. Modificación de conducta. Historia de fumador.	Entablar una relación cálida y de confianza (rapport). Modificar hábitos asociados con la adicción al tabaco.	Técnicas de motivación al cambio indicaciones terapéuticas. Explicación del autoregistro inicial. Respiraciones profundas.
SEGUNDA	Dependencia psicológica. Dependencia social. Teoría del reforzamiento. Teoría del aprendizaje social.	Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social. Generar estrategias de afrontamiento a la presión social	Lectura historia de fumador. Revisión de autoregistro. Técnica de relajación respiración profunda
TERCERA	Adicción física a la Nicotina. Daños a la salud. Terapia de reemplazo. Suspensión abrupta. Autoregistro de monitoreo	Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el Psicólogo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisión.	Exposición. Juego de roles. Carta de despedida. Visualización del éxito.
CUARTA	Síndrome de Abstinencia duelo. Terapia racional Emotiva. Mecanismos de evitación. Manejo de emociones (tristeza y culpa).	Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia. La desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.	Revisión de autoregistro. Lectura de cartas de despedida.
QUINTA	Beneficios de dejar de fumar. Repaso teorías del aprendizaje. Manejo de emociones Relajación.	Desarrollar habilidades que les faciliten a los asistentes a grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.	Relajación de despedida al tabaco. Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida
SEXTA	Habilidades sociales. Comunicación efectiva. Manejo del conflicto. Asertividad	Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
SEPTIMA	Manejo de emociones. (Ansiedad y enojo). Estilos de vida saludable	Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida
OCTAVA	Manejo y prevención de las recaídas Despedida del grupo.	Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia	Exposición. Visualización dirigida. Prevención de recaídas. Cierre grupal.

Una vez terminado el tratamiento se realizaron sesiones de seguimiento (a los 8, 15 días, 30 días y 3 meses, y un año) como parte del reforzador de la no recaída. Para el estudio únicamente se realizaron pruebas psicológicas y de laboratorio al inicio, 3 meses y 1 año de haber terminado el tratamiento.

Los siguientes son temas manejados en los seguimientos son básicamente para que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la

abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico; a) Temas relacionados con la salud. b) Apoyo en el éxito. c) Atención en los diálogos internos. d) Seguimiento médico (cada seis meses). e) Ensayo de conductas sanas. f) Canalización a otras especialidades médicas si fuera necesario.

Al término del año y tratando de seguir a los pacientes a largo plazo así como un reforzador se realiza una reunión anual y se crea el grupo de exfumadores (Festejo de fin de año) el cual organizan los mismos exfumadores.

Programa de educación para la salud

Para esta intervención se proporcionó a los pacientes información sobre el funcionamiento físico y sus alteraciones como los aspectos psicológicos y sociales del consumo del tabaco por una parte, y los aspectos emocionales del desarrollo de un procedimiento crónico incapacitante por otra.

Para el grupo TES/TRN el tratamiento consistió en desarrollar actividades de educación para la salud con el fin de modificar actitudes y conductas relacionadas con el tabaquismo que favorezcan la disminución y la adquisición del hábito.

Se les pasaban una serie de diaporamas en donde se incluyó información acerca de: con instrucciones para abandonar el hábito, la manera de conservarse apartado de los cigarrillos y consejos para dejar de fumar.

Los temas que se incluyeron fueron: Que es el tabaquismo. Dependencia farmacológica y psicológica. Daño a la salud (Enfermedades respiratorias. Enfermedades cardiovasculares. Cáncer. Enfermedades gástricas. Enfermedades odontológicas). Cuidado e higiene personal. Conocimientos sobre sus ambientes familiares, sociales y laborales. Potenciar la autoestima del paciente. Desarrollar las capacidades necesarias para afrontar positivamente su medio ambiente. Mejorar y brindar estilos de vida más saludables (beber agua, ejercicio, ingesta de frutas y verduras, aumento en el consumo de fibra y vitaminas). Prevenir y/o controlar enfermedades causadas por el tabaquismo

Manejando el mismo número de sesiones de seguimiento (a los 8, 15 días, 30 días y 3 meses). que el grupo de TCC.

6.2. Resultados

Equivalencia de los grupos de tratamiento.

En el grupo TCC/TRN se incluyeron 81 casos de los cuales 50 fueron del sexo masculino (61.72%) y 31 (38.27) casos fueron del sexo femenino mientras que en el grupo PES/TRN ingresaron 75 casos de los cuales 45 representaron al sexo masculino (60) y 30 el (40%) del sexo femenino. En la agrupación de los pacientes por intervalos de edad la mayoría recayó entre los 41 y 50 años para ambos grupos de tratamiento.

Hay una demanda en la población con mayor escolaridad (Preparatoria, profesionista y posgrado) 56.80% para TCC/TRN y el 54.66% para PES/TRN. La mayor parte de la población asistente a la clínica contra el tabaquismo vive en pareja 42 (51.81%) para el grupo TCC/TRN y 41 (54.66%) para el grupo de PES/TRN².

Por lo que se refiere a la ocupación de la población asistente se pueden hacer las siguientes consideraciones: alrededor de 49.57% de TCC/TRN y 43.99% PES/TRN son profesionistas o trabajan en forma independiente.

Por lo que se refiere al lugar de origen, la población de la Clínica tiende a mostrar el patrón general de la población de área metropolitana. El rango de población cuyo origen es el Distrito Federal es en TCC/TRN el 85.18% (69) y en PES/TRN el 89.33% (67). Mientras que los que nacieron en la provincia o el extranjero fue d 14.81% (12) y 10.66% (8) respectivamente.

En cuanto a la edad de inicio de fumar, este se mantiene dentro de lo reportado en otros estudios (Puente-Silva 1987), es decir, las personas que se inician a fumar antes de los 20 años constituye el 87.65% (71) para el grupo de TCC/TRN y 88%

² Este hallazgo tiene una serie de implicaciones importantes a considerar: entre estas están las siguientes: la importancia del daño que se presenta en fumadores a través del proceso del tabaquismo involuntario, antes denominado tabaquismo pasivo. Ya no existe duda alguna de que por medio de este proceso familiares o personas no fumadoras pueden desarrollar ciertos padecimientos crónicos al inhalar de forma constante en humo de tabaco de los fumadores con los que conviven. Incluso se puede llegar a presentar muerte prematura en fumadores involuntarios menores de edad. Otra consecuencia a considerar es que la conducta de fumar favorece y predispone a familiares (hijos y pareja) al consumo del tabaco, ya que estos familiares pueden llegar a tener hasta el 100% más de probabilidad de fumar que los familiares de los no fumadores. Esto se explica por el proceso denominado Modelamiento o Aprendizaje social propuesto por Bandura. Por último y en relación a este tema es necesario señalar que los fumadores crónicos y severos que logran dejar de fumar constituyen importantes ejemplos y modelos a seguir por el resto de los familiares que presentan un tabaquismo positivo. (Bandura y Walters, 1963; Koop. 1982.)

(66) para el grupo PES/TRN. Este hallazgo nos vuelve a llevar a la situación de reconocer la importancia del desarrollo e implementación de programas preventivos tanto para niños como adolescentes. Además de que se lleve a cabo realmente la prohibición de venta de cigarrillos a menores de edad.

En cuanto al consumo diario de cigarrillos se encontró que todos los pacientes que asistieron al programa para el abandono del hábito tabáquico fuman en forma intensa con un mínimo de 20 cigarrillos hasta un máximo de 60 por día, teniendo un mayor consumo de cigarrillos el sexo masculino en ambos grupos. Esto a pesar de contar con padecimientos crónicos neurológicos. Se observa con claridad que la mayoría de los pacientes han fumado mínimo 10 años. Mostrando una menor incidencia en años de ser fumadores las mujeres con menos de 20 años el 41.93% en el grupo de TCC/TRN y del 55.99% para el grupo de PES/TRN.

Con este perfil (gran fumador en tiempo y número de cigarrillos) no es extraño el siguiente dato el 78% (39) de los fumadores masculinos del grupo de TCC/TRN recaen dentro del grupo de farmacodependientes al tabaco mientras que en el grupo de PES/TRN fue el 71.11% (32) que recayó en este rubro.

EDAD INICIO	TCC/TRN n=81		PES/TRN n=75		ABSTINENCIA PASADA	TCC/TRN n=81		PES/TRN n=75	
<19 AÑOS	71	87.65%	66	88.00%	NINGUNA	5	6.17%	6	8.00%
>20AÑOS	10	12.34%	9	12.00%	1-3	73	90.12%	66	88.00%
	81	99.99%	75	100.00%	>= 4	3	3.70%	3	4.00%

Tabla 7. HISTORIA DE TABAQUISMO

Tiempo de fumar	TCC/TRN n=81				PES/TRN n=75			
	Fem n=31		Masc n=50		Fem n=30		Masc n=45	
<10	2	6.45%	0	0.00%	0	0.00%	4	8.88%
11-20	11	35.48%	6	12.00%	9	30.00%	6	13.33%
21-30	8	25.80%	15	30.00%	9	30.00%	16	35.55%
31-40	6	19.35%	15	30.00%	7	23.33%	10	22.22%
>41	4	12.90%	14	28.00%	5	16.66%	9	20.00%

Consumo Diario	TCC/TRN n=81				PES/TRN n=75			
	Fem n=31		Masc n=50		Fem n=30		Masc n=45	
20-29	15	48.38%	18	36.00%	15	50.00%	16	35.55%
30-39	7	22.58%	9	18.00%	7	23.33%	10	22.22%
40-49	5	16.12%	8	16.00%	3	10.00%	8	17.77%
50-59	4	12.90%	8	16.00%	3	10.00%	7	15.55%
>60	0	0.00%	7	14.00%	2	6.66%	4	8.88%

Tipo de fumador	TCC/TRN n=81				PES/TRN n=75			
	Fem n=31		Masc n=50		Fem n=30		Masc n=45	
Farmacodependiente	8	25.80%	39	78.00%	10	33.33%	32	71.11%
Relajación	12	38.70%	6	12.00%	10	33.33%	7	15.55%
Social	6	19.35%	3	6.00%	5	16.55%	3	6.66%
Estimulante	2	6.50%	2	4.00%	3	10.00%	2	4.44%
Psicomotriz	3	9.65%	0	0.00%	2	6.66%	1	2.22%

Tabla 8. PERFIL DE FUMADOR

Por lo que se refiere a cuadros de abstinencias del pasado fueron recurrentes en estos pacientes ya que el 90.12% (73) en el grupo de TCC/TRN 88.00% (66) en el de PES/TRN tuvieron algún periodo de abstinencia entre 1 y 3 veces con las respectivas recaídas, consecuente aumento en el número de cigarrillos al reiniciar a fumar. Pacientes que requerirán atención médica incluyendo hospitalizaciones de un alto costo económico.

Abstinencia después del tratamiento

En el grupo TCC+TRN la tasa de abstinencia fue de 96% al término de la intervención (78 pacientes de 81) y se mantuvo en ese mismo nivel a los 3 meses y al año, mientras que en el grupo PES+TRN, la tasa fue de 68% (51 de 75 pacientes) reduciéndose ligeramente al año. Sin embargo, es importante señalar que en este último grupo de tratamiento (PES+TRN), hubo un desgaste o mortandad experimental importante a lo largo del estudio: de los 75 pacientes que concluyeron el tratamiento, solo 42 (56%) continuaron en el estudio a los 3 meses y tan sólo 29 (38%) concluyeron el seguimiento al año.

Para probar la independencia estadística de los resultados en los dos grupos de tratamiento se aplicaron pruebas de Chi cuadrada a las tablas de contingencia 2x2 de cada uno de los tres momentos de observación. Los resultados fueron estadísticamente significativos en los tres momentos de observación (al término: $X^2 = 21.79$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.37$; a los 3 meses: $X^2 = 21.22$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.39$; al año: $X^2 = 19.21$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.40$), sugiriendo que respecto a las tasas de abstinencia el grupo de tratamiento TCC+TRN fue superior al grupo PES+TRN; esta relación también se ve reflejada en la magnitud moderada (0.37-0.40) de los coeficientes de correlación ϕ como índices del tamaño del efecto.

	Al término			A los 3 meses			Al año				
	Abs	No Abs	Total	Abs	No Abs	Total	Abs	No Abs	Total		
TCC	78	3	81	TCC	78	3	81	TCC	76	3	79
PES	51	24	75	PES	42	20	62	PES	29	14	43
	129	27	156		120	23	143		105	17	122
	$X^2 = 21.79$ $p=.00000304$			$X^2 = 21.22$ $p=.0000041$			$X^2 = 19.21$ $p=.0000117$				
	$\phi = 0.37$			$\phi = 0.39$			$\phi = 0.40$				
Abs= abstinencia; No Abs= no abstinencia.											

Tabla 9. ABSTINENCIA/NO ABSTINENCIA DESPUES DEL TRATAMIENTO

Sin embargo, una manera más fácil de interpretar estos datos y ponderar el impacto de las diferencias encontradas es señalando que al término del tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, 26 pacientes del grupo TCC+TRN dejaron de fumar por cada paciente que siguió fumando, mientras que en el grupo PES+TRN, estos momios fueron de 2 a 1. Al año los momios descendieron ligeramente para el grupo TCC+TRN (25:1), manteniéndose en el mismo nivel de 2:1 para el grupo PES+TRN. De manera global, los momios de abstinencia entre los grupos de tratamiento (momios TCC+TRN/ momios PES+TRN = 26/2) se mantuvieron prácticamente al mismo nivel de 12:1; es decir, 12 pacientes del grupo TCC+TRN dejaron de fumar por cada paciente en el grupo PES+TRN.

Sin embargo, los momios globales no toman en cuenta la deserción de los pacientes a lo largo del estudio (el desgaste o mortandad experimental mencionado arriba), particularmente en el grupo de tratamiento PES+TRN. Suponiendo que las deserciones se puedan clasificar como "no abstinencia" y que los pacientes volvieron a fumar, la efectividad relativa de la TCC+TRN respecto al PES+TRN (momios modificados por deserción TCC+TRN/ momios modificados por deserción PES+TRN) a los 3 meses y al año de haber concluido el tratamiento incrementa sustantivamente a 20:1 y 24:1 respectivamente.

Es importante señalar que la TRN sirvió para incrementar la tasa de abstinencia en 16%, de los pacientes asignados al tratamiento PES+TRN en este estudio, en relación a los resultados obtenidos en el estudio previo que llevamos a cabo en la Clínica de Tabaquismo del Hospital General y que sirvió de antecedente a este. En el presente estudio 68% de los pacientes en el grupo PES+TRN dejaron de fumar al término del tratamiento, mientras que la tasa de abstinencia de los pacientes que estuvieron asignados al tratamiento PES en el estudio previo fue de 52%.

Niveles iniciales y cambios en depresión y ansiedad

Los niveles de depresión y ansiedad que presenten los pacientes fumadores pueden ser un factor relevante para el éxito o el fracaso de una intervención para dejar de fumar, por lo que es importante conocer la posible influencia de estas variables en los resultados del estudio.

Depresión. Los resultados que se obtuvieron muestran que la gran mayoría de los pacientes que se abstuvieron de fumar hasta el final del estudio iniciaron con alguna sintomatología depresiva y ésta se presentó de manera similar en ambos grupos de tratamiento al término de este: tan sólo 17% de los pacientes en el grupo TCC+TRN y 16% en el grupo PES+TRN presentaron un nivel de normal de depresión y el resto mostró signos de depresión desde intermitente a extrema (ver Tabla 10 abajo).

Al cabo de tres meses de terminado el tratamiento se observó una mejoría considerable en el grupo TCC+TRN, pues el porcentaje de pacientes con un grado normal en la escala de depresión subió de 16.7%, a 43.6%, nivel que se mantuvo al año. Sin embargo, para el grupo PES+TRN se mostró inicialmente un pequeño decremento a los 3 meses (a 14.3%, por 2 pacientes que calificaron como normales al término del tratamiento y que a los 3 meses mostraron alguna sintomatología depresiva o volvieron a fumar³), para subir ligeramente hasta 17.2% (Nota: los porcentajes en este grupo se modifican no sólo por efectos posibles del tratamiento sino también por el cambio del número de pacientes que se abstuvieron en cada época del estudio).

	Al término		3 meses		Al año	
	n	%	n	%	N	%
TCC/TRN.Abstención						
Extrema	5	6.4	0	0.0	0	0.0
Grave	9	11.5	0	0.0	0	0.0
Moderada	34	43.6	2	2.6	2	2.6
Intermitente	17	21.8	42	53.8	40	52.6
Normal	13	16.7	34	43.6	34	44.7
Total	78	100	78	100	76	100
	Al término		3 meses		Al año	
PES/TRN.Abstención	n	%	n	%	N	%
Extrema	2	3.9	1	2.4	0	0.0
Grave	10	19.6	6	14.3	6	20.7
Moderada	22	43.1	20	47.6	11	37.9
Intermitente	9	17.6	9	21.4	7	24.1
Normal	8	15.7	6	14.3	5	17.2
Total	51	100	42	100	29	100

Tabla 10. Grado de depresión en pacientes neumológicos en las tres épocas de seguimiento

³ Con los datos agregados no se puede determinar la causa específica de que hayan dejado de presentar un grado normal de depresión.

Para poder comparar de manera general los niveles de depresión en los dos grupos de tratamiento en las tres épocas del estudio, se asignó una calificación de 1, 2, 3, 4 o 5 a los grados de depresión normal, intermitente, moderada, grave y extrema respectivamente, y se promediaron los puntajes para cada uno de los grupos de tratamiento en cada una de las épocas. Se calcularon por separado los puntajes promedio de todos los pacientes que dejaron de fumar (abstinencia) de los que no lo hicieron (no abstinencia) y los resultados se muestran en la Tabla 11.

Como se puede observar, el grado promedio de depresión inicial de los pacientes que se abstuvieron de fumar durante todo el seguimiento al año, fue similar para los dos grupos de tratamiento: 2.69 para TCC/TRN y 2.78 para el grupo PES/TRN. Dada la forma en que se calculó el grado de depresión promedio, un puntaje de 3 mostraría el nivel intermedio de sintomatología depresiva, por lo que ambos grupos mostraron estar ligeramente por abajo de un grado moderado de depresión.

Sin embargo, al observar el grado promedio de depresión a los 3 meses y al año de terminado el tratamiento, es clara una diferencia en las tendencias de los dos grupos, siendo similares a las tendencias que muestran los porcentajes de pacientes que mostraron un grado normal de depresión en las tres épocas consideradas; así, se puede ver una caída pronunciada en el grado de depresión de los pacientes en el grupo TCC/TRN a los 3 meses y manteniéndose en ese mismo nivel al año, mientras que para el grupo PES/TRN se observa un ligero decremento en cada punto de medición.

En la misma tabla 11 se presentan los puntajes de depresión para los pacientes que volvieron a fumar después del tratamiento en las tres épocas del estudio⁴ (pacientes no abstinencia), y se puede observar claramente 2 aspectos: en las tres épocas del estudio y para ambos grupos de tratamiento, 1) los niveles de depresión en estos pacientes fue casi constante (con un ligero incremento al año para los pacientes en

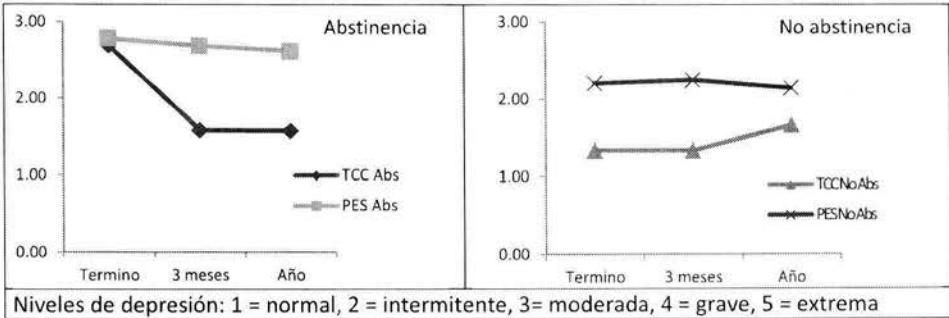
⁴ Los datos de depresión y ansiedad de los pacientes que no se abstuvieron de fumar -que salieron por ello del estudio- se pudieron obtener gracias a los médicos tratantes, quienes aplicaron los cuestionarios de depresión y ansiedad independientemente de que los pacientes hubiesen continuado o no en el estudio.

el grupo TCC+TRN) y, 2) en todos los casos, el grado de depresión fue menor para los pacientes que volvieron a fumar (no abstinencia) que para los pacientes que se abstuvieron de fumar.

	Término	3 meses	Año
TCC/TRN Abs	2.69	1.59	1.58
PES/TRN Abs	2.78	2.69	2.62
TCC/TRN No Abs	1.33	1.33	1.67
PES/TRN No Abs	2.21	2.25	2.14

Tabla 11. Grado promedio de depresión de los pacientes que se abstuvieron o no de fumar, en los dos grupos de tratamiento, en cada una de las 3 épocas del estudio.

Las tendencias de las medidas de depresión en pacientes que se abstuvieron de fumar se muestran con claridad en la parte izquierda de la gráfica 1, mientras que en la parte derecha se muestran los datos de los pacientes que volvieron a fumar.



Gráfica 1. Niveles de depresión en pacientes neumológicos en los 2 grupos de tratamiento.

Ansiedad. Otro rasgo de personalidad frecuente en los fumadores es la ansiedad, siendo el tabaco una herramienta para controlarla. En el presente estudio, 75% y 79% de los pacientes de los grupos de tratamiento, TCC+TRN y PES+TRN respectivamente, mostraron niveles de ansiedad moderados o severos al término del tratamiento.

Considerando por separado a los pacientes que se abstuvieron de fumar en todo el período de seguimiento, se observó que al cabo de tres meses y hasta un año después, el 100% de estos pacientes en el grupo TCC+TRN mostraron un nivel bajo de ansiedad, mientras que en el grupo PES+TRN también se observó una mejoría

importante al elevarse el porcentaje de pacientes con ansiedad baja, de 18% a 67% al cabo de tres meses y a 69% al año de haber terminado el tratamiento, lo que representa un incremento de 3.7 y 3.8 veces, respectivamente.

	Al término		3 meses		Al año		
	n	%	N	%	n	%	
TCC/TRN	Severa	7	9.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Moderada	51	65.4%	0	0.0%	0	0.0%
	Baja	20	25.6%	78	100.0%	76	100.0%
	Total	78	100%	78	100%	76	100%
PES/TRN	Severa	4	7.8%	0	0.0%	0	0.0%
	Moderada	38	74.5%	14	33.3%	9	31.0%
	Baja	9	17.6%	28	66.7%	20	69.0%
	Total	51	100%	42	100%	29	100%

Tabla 12. Ansiedad de los pacientes neumológicos que mostraron abstinencia en las tres épocas del estudio

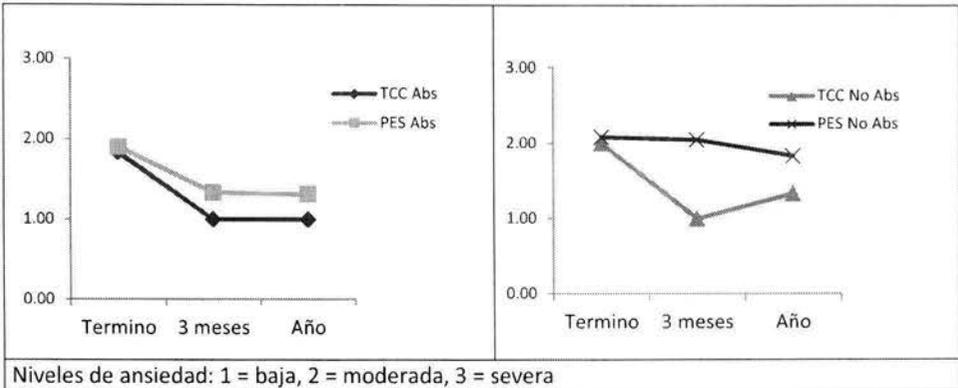
De manera similar a los resultados de depresión, se compararon de manera general los niveles de ansiedad en los dos grupos de tratamiento en las tres épocas del estudio asignando una calificación de 1, 2 ó 3 a los niveles de ansiedad baja, moderada o severa respectivamente, y se promediaron los puntajes para cada uno de los grupos de tratamiento en cada una de las épocas. Se calcularon por separado los puntajes promedio de todos los pacientes que dejaron de fumar (abstinencia) de los que no lo hicieron (no abstinencia) y los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Ansiedad	Al término	a 3 meses	Al año
TCC/TRN Abs	1.83	1.00	1.00
PES/TRN Abs	1.90	1.33	1.31
TCC/TRN No Abs	2.00	1.00	1.33
PES/TRN No Abs	2.08	2.05	1.83

Tabla 13. Ansiedad : abstinencia, no abstinencia en las tres épocas del estudio

Como se puede observar, los niveles de ansiedad inicial de los pacientes que se abstuvieron de fumar en los dos grupos de tratamiento fue muy parecida (1.83 para el grupo TCC/TRN y 1.90 en el grupo PES/TRN), y en ambos grupos se mostró una reducción importante a los tres meses (a 1.0 y 1.3 respectivamente), misma que se mantuvo al año.

En el caso de los pacientes que volvieron a fumar, los niveles iniciales de ansiedad fueron ligeramente más elevados que los que presentaron los pacientes que si se abstuvieron de fumar. Sin embargo, en el seguimiento se observaron diferencias relevantes, ya que los niveles de ansiedad de los pacientes del grupo PES+TRN que volvieron a fumar fueron prácticamente los mismos a los tres meses y mostraron una ligera reducción al año, mientras que en el grupo TCC+TRN los niveles de ansiedad si disminuyeron de manera importante: una reducción del 50% a los 3 meses y de 33% al año.



Gráfica 2. Niveles de ansiedad en pacientes neumológicos de los 2 grupos de tratamiento

La disminución de la ansiedad en los pacientes que dejaron de fumar en ambos grupos de tratamiento es un dato relevante por sí mismo, pues nos indica que cualquiera de los dos tratamientos tiene, al parecer, un efecto "tranquilizador" que se puede prolongar hasta por un año. Por otro lado, la diferencia en el grado de ansiedad entre los grupos a medida que pasa el tiempo podría estar relacionada con las diferencias en las tasas de abstinencia entre ambos grupos: a mayor abstinencia en el grupo TCC+TRN en relación al grupo PES+TRN, corresponde una mayor reducción en ansiedad (obviamente, la correlación entre estas dos medidas no permite establecer una direccionalidad en esta relación).

Comparando los efectos probables de los tratamientos sobre los niveles de ansiedad y depresión, es interesante el hecho de que el grado de depresión disminuyó únicamente en el grupo TCC+TRN, manteniéndose constante en el grupo PES+TRN,

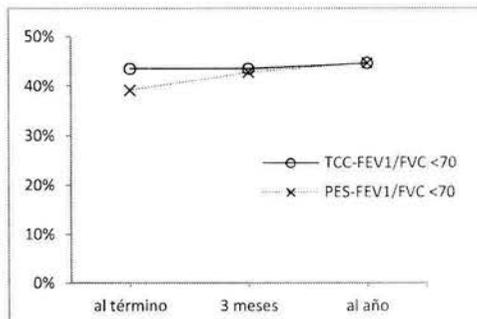
mientras que los niveles de ansiedad se comportaron de manera similar en los dos grupos, disminuyendo de manera importante.

Cambios en índices clínicos de salud

A continuación se presentan los resultados sobre 3 índices clínicos de la salud respiratoria de los pacientes, que en general indican

Prueba funcional respiratoria. Los resultados generales se presentan en las tablas 14 y 15 del anexo 9. Es importante destacar inicialmente la similitud general en el grado de afectación respiratoria en ambos grupos de tratamiento al término del tratamiento: 42% de los pacientes en el grupo TCC+TRN (34 que se abstuvieron de fumar y ninguno de los 3 que volvieron a fumar) mostraron síntomas de obstrucción respiratoria (FEV1/FVC menor a 70), contra 44% en el grupo PES+TRN (20 que se abstuvieron de fumar y 13 que volvieron a fumar)⁵.

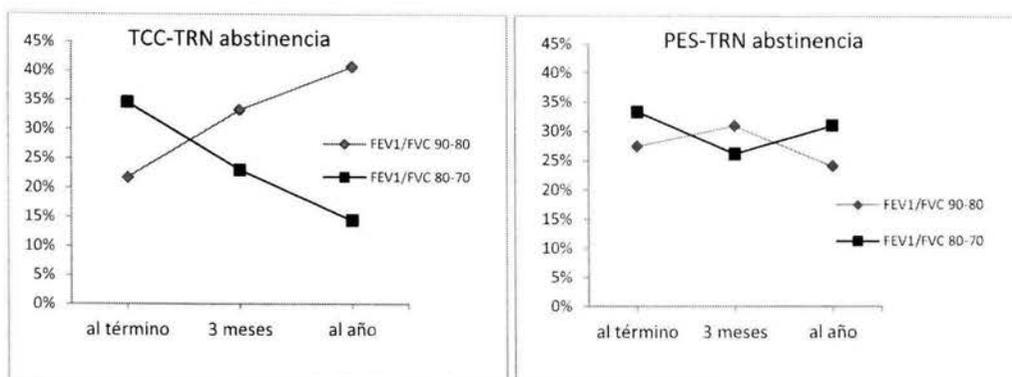
Considerando únicamente a los pacientes que se abstuvieron de fumar, como se puede ver en la gráfica 3, en el grupo TCC+TRN el porcentaje de pacientes con señales de obstrucción respiratoria se mantuvo prácticamente al mismo nivel (44%) a los 3 meses y al año después del tratamiento, mientras que en el grupo PES+TRN, el porcentaje se incrementó gradualmente de 39% hasta llegar a 45% al cabo de un año.



Grafica 3. Porcentaje de pacientes que se abstuvieron de fumar a lo largo del estudio y que presentaron signos de obstrucción.

⁵ Estos porcentajes incluyen tanto a los pacientes que se abstuvieron de fumar como los que volvieron a fumar en el tiempo que duró el estudio.

Por otro lado, al considerar los niveles de FEV1/FVC en los rangos 80-70 y 90-80, se observa una tendencia clara de mejoría en los pacientes del grupo TCC+TRN abstinentes, pues el porcentaje de los pacientes en el rango 80-70 disminuye de 35% al término, a 23% a los tres meses y todavía más a 15%, al año; paralelamente, en el rango de 90-80 se observa un incremento en el porcentaje de pacientes: de 22% a 33% y a 41%, en las épocas respectivas; para el grupo PES+TRN no se observa en estos rangos una tendencia clara (ver gráficas 4a y 4b).



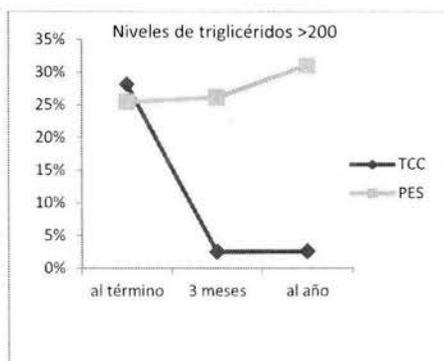
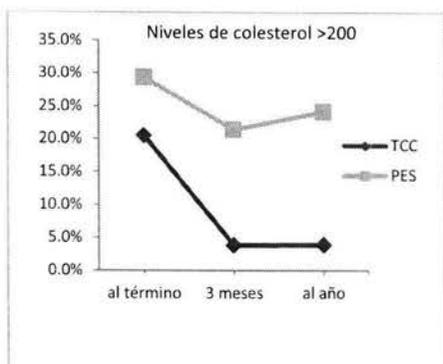
Gráficas 4a y 4b. Función respiratoria de acuerdo al indicador FEV1/FVC en dos rangos funcionales. Pacientes que se abstuvieron de fumar a lo largo del estudio.

Para los pacientes que volvieron a fumar (no abstinencia) no se observa una tendencia clara y cualquier interpretación se complica todavía más por la disminución sustantiva en el número de pacientes que permanecieron en el estudio en el grupo PES+TRN y la pequeña muestra en el grupo TCC+TRN.

Química sanguínea. Los principales resultados sobre los cambios en los niveles de colesterol y triglicéridos de todos los pacientes que concluyeron el estudio y que se abstuvieron de fumar, se presentan en las siguientes gráficas (los datos completos se pueden consultar en las tablas 16 y 17 del anexo 10, tablas 18 y 19 del anexo 11). En la gráfica 5a, se muestran los porcentajes de pacientes de cada grupo de tratamiento que tuvieron de colesterol por arriba de 200 puntos y en ella se pueden observar con claridad dos aspectos: 1) un porcentaje mayor de pacientes con problemas de colesterol alto (>200) en el grupo PES-TRN, y 2) un decremento

importante en el porcentaje de pacientes con colesterol alto en ambos grupos de tratamiento, siendo éste más pronunciado para el grupo TCC+TRN (de 21% al término del tratamiento a 4% a los tres meses y al año), que para el grupo PES+TRN (de 29% a 21% a los tres meses y subiendo ligeramente a 24% al año).

Los problemas con triglicéridos elevados (gráfica 5b) se presentaron en 25% de los pacientes del grupo PES+TRN, ligeramente por debajo del grupo TCC+TRN (28%). Sin embargo, el porcentaje de pacientes con problemas de triglicéridos incremento en el primer grupo (25% a 31%) mientras que bajo notablemente en el grupo TCC+TRN (de 28% a 3%).



Gráficas 5a y 5b. Porcentaje de pacientes con niveles altos de colesterol y triglicéridos en los dos grupos de tratamiento, en las tres épocas del estudio.

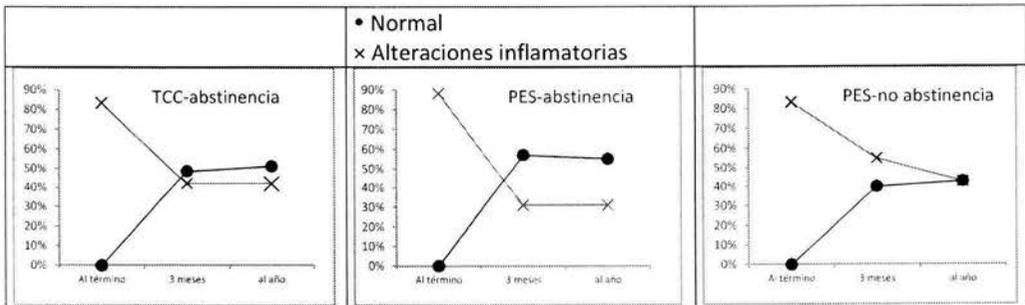
Carbowax. La citología en expectoración Carbowax permitió conocer la incidencia de alteraciones inflamatorias, metaplasias, displasias y presencia de material inadecuado. (Los datos completos se pueden consultar en el anexo 12, tablas 20 y 21) Como se muestra en las gráficas 6a, 6b y 6c, al término del tratamiento más del 83% de los pacientes presentaron alteraciones inflamatorias, independientemente del grupo de tratamiento al que fueron asignados e, incluso, si al final del estudio se abstuvieron o no de fumar (no se consideran los datos de los 3 pacientes del grupo TCC+TRN que volvieron a fumar por lo reducido de la muestra).

Se observa claramente una reducción en la incidencia de alteraciones inflamatorias tanto en el grupo TCC+TRN-abstinencia como en los dos grupos del tratamiento PES+TRN (abstinencia y no abstinencia). Tanto en el grupo TCC+TRN como en el

grupo PES+TRN abstinencia, la incidencia más baja en alteraciones inflamatorias se obtuvo a los 3 meses (42% y 31%, respectivamente) y permaneció en ese mismo nivel al año de terminado el tratamiento; para el grupo PES-no abstinencia, la reducción en la incidencia fue paulatina, pasando del 83% al 55% a los 3 meses y a 43% al año.

Como era de esperarse, la reducción en alteraciones inflamatorias correspondió a un incremento en la proporción de pacientes con una citología en expectoración normal. Sin embargo, aunque la relación se da casi en espejo, es importante señalar que la reducción de 41 puntos porcentuales en la incidencia de alteraciones inflamatorias en el grupo TCC+TRN está 10 puntos por abajo de la proporción de pacientes con expectoración normales (51%), lo que indica que los efectos positivos de dejar de fumar se extienden más allá de este indicador clínico⁶. La misma comparación en los otros dos grupos si arroja un correspondencia casi perfecta entre la reducción en la incidencia de alteraciones inflamatorias y el incremento en la proporción de pacientes con una expectoración normal (57% vs 55% respectivamente, para el grupo PES-abstinencia⁷; 40% vs 43%, respectivamente, para el grupo PES-no abstinencia).

Obviamente, el resultado que no es fácil explicar es la mejoría en los pacientes que volvieron a fumar, ya que al cabo de un año, como grupo presentaron una mejoría similar a la del grupo TCC-abstinencia.



Gráficas 6a, 6b,6c. Incidencia de alteraciones inflamatorias y citología en expectoración normal.

⁶ La presencia de metaplasias aparece en segundo lugar de incidencia clínica y en el grupo TCC+TRN se redujo en 6 puntos porcentuales al año de seguimiento.

⁷ La diferencia de 2% sugiere claramente un patrón de comorbilidad.

7. CONCLUSIONES.

Tomando en cuenta que la prevalencia de tabaquismo es actualmente es de 21.7% (población entre 12 y 65 años de edad), se debe tratar este como un problema de salud pública. Además, considerando que el número de enfermedades y muertes asociadas con el consumo del tabaco es también importante, el problema adquiere proporciones graves. Por lo tanto, se requiere de una intervención terapéutica, aun cuando nadie, en forma específica o personal, reclame o pida tal tratamiento.

A pesar de toda la complejidad que existe en el proceso de empezar a fumar, mantenerse fumando y querer dejar de fumar, prácticamente la mayoría de los fumadores quiere dejar de fumar. Sin embargo, también sabemos que solamente un porcentaje muy pequeño de todos los que intentan dejar de fumar, alrededor de 2 a 5%, consigue mantenerse en abstinencia durante un año. Este tiempo de abstinencia puede prolongarse en forma variable porque desafortunadamente, aun después de varios años de abstinencia, un número importante de ex fumadores recaen.

Las Tendencias de esta investigación mostraron que el grupo TCC/TRN fue superior, estadísticamente significativas en los tres momentos de la observación (al término de Tx: $X^2 = 21.79$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.37$; a los 3 meses: $X^2 = 21.22$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.39$; al año: $X^2 = 19.21$, $p < 0.0001$, $\phi = 0.40$). Ya que el grupo TCC+TRN obtuvo una tasa de efectividad en la abstinencia de 96% al término de la intervención (78 pacientes de 81) y se mantuvo en este mismo nivel a los 3 meses y al año, mientras que en el grupo PES+TRN, obtuvo la tasa de 68% (51 de 75 pacientes) reduciéndose ligeramente al año. Con una relación de 12:1; es decir, 12 pacientes del grupo TCC+TRN dejaron de fumar por cada paciente en el grupo PES+TRN. A los 3 meses y al año de haber concluido, el tratamiento incrementa sustantivamente a 20:1 y 24:1 respectivamente.

Se observó una mayor deserción en el grupo PES/TRN: de los 75 pacientes que concluyeron el tratamiento, solo 42 (56%) continuaron en el estudio a los 3 meses y tan sólo 29 (38%) concluyeron el seguimiento al año. Se puede concluir que para que los pacientes tengan mayor adherencia terapéutica debe existir un mayor contacto

con el terapeuta y hacerlo enfrentar realmente su perfil e imagen de fumador para que lo pueda modificar.

También se pudo observar que en la mayoría de pacientes que se abstuvieron de fumar hasta el final del estudio iniciaron con algunos síntomas depresivos 17% en los pacientes en el grupo TCC+TRN y 16% en el grupo PES+TRN presentaron un nivel de normal de depresión y el resto mostró signos de depresión desde intermitente a extrema. A los tres meses de terminado el tratamiento se observó una mejoría considerable en el grupo TCC+TRN, ya que subió de 16.7%, a 43.6%, nivel que se mantuvo al año. Sin embargo, para el grupo PES+TRN hubo un decremento a los 3 meses de 17 % a 14.3%, y al año 17.2%. De la misma manera los niveles de ansiedad inicial fue muy parecida (1.83 para el grupo TCC/TRN y 1.90 en el grupo PES/TRN), y en ambos grupos se mostró una reducción importante a los tres meses (a 1.0 y 1.3 respectivamente), misma que se mantuvo al año. Por lo que se puede deducir que con la TCC/TRN, los pacientes adquieren mayor asertividad y firmeza personal, obteniendo con esto otra perspectiva de su vida la cual les hace pensar positivamente, cambiar su estilo de vida y abandonar su depresión y disminuir la ansiedad como consecuencia.

Resulta importante observar que más de dos terceras de los pacientes que formaron parte del estudio reportaron mejoría clínica y esto se reflejó en los estudios de Laboratorio y Gabinete como resultado del abandono del hábito de fumar, disminuyendo con esto las visitas a consultas clínicas y hospitalizaciones.

Se ve un decremento importante en el porcentaje de pacientes con colesterol alto en ambos grupos de tratamiento, siendo éste más pronunciado para el grupo TCC+TRN (de 21% al término del tratamiento a 4% a los tres meses y al año), que para el grupo PES+TRN (de 29% a 21% a los tres meses y subiendo ligeramente a 24% al año). En cuanto a los triglicéridos bajo de 28% al inicio a 3% al año en los pacientes del grupo TC/TRN). No así en el grupo PES/TRN en el cual se observó un incremento del 25% al 31%. Esto además de producir beneficio en los pacientes y sus familiares, da como resultado grandes ahorros para la economía del Sector Salud.

Para concluir el tabaquismo es un problema real de salud pública. Debido a que la adicción a la nicotina es una de las formas de farmacodependencia más difíciles de abandonar, el médico se encuentra en principio con una realidad: el fumador no quiere dejar de fumar. Se requiere por lo tanto de programas educativos y de promoción a la salud para convencerlos de que el consumo de tabaco está asociado con daños a su salud, e importante morbilidad y mortalidad en nuestro país y en el mundo.

Cuando el fumador contempla la posibilidad sería de dejar de fumar el sector salud debe estar preparado para ofrecerle las opciones terapéuticas más exitosas, con el fin de que el fumador lo consiga y, de ser posible, para siempre. El Psicólogo de salud que está a cargo del tratamiento y rehabilitación de los fumadores debe estar muy familiarizado con el uso de medicamentos auxiliares para dejar de fumar (TRN). Así como el manejo adecuado de la Terapia Cognitivo Conductual, ya que esto incrementa significativamente la probabilidad de que un fumador deje de fumar exitosamente.

8. Discusión.

Necesidades del presente y para el futuro

Ciertamente, una forma de política de salud; debe incluir programas de promoción a la salud y de prevención de las adicciones, en particular del tabaquismo, dirigidas a los sectores joven, adolescente e infantil de la población; asimismo, favorecer en las unidades de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención para fumadores interesados en dejar de fumar, la capacitación profesional de los trabajadores de la salud enfocados en este aspecto; por otro lado, también debe promover la investigación regional y un constante avance en materia de legislación, con el fin de proteger a los fumadores y a la población que no fuma de la exposición pasiva al humo del cigarro, evaluado y valorando costos/ beneficio.

En investigación: Se requiere sin duda de investigación en materia de tratamiento. La terapia de remplazo de nicotina no estará en el mercado muchos años más con el actual estado de oferta. La nicotina es inocua cuando el tiempo y la forma de su administración se cumplen siguiendo las recomendaciones de la TRN y asegura, además, que la adicción disminuya progresivamente. Es posible, sin embargo, que se prefieran en el futuro abordajes que modifiquen en el sistema nervioso central los mecanismos con que funcionan los centros de "recompensa".

Desde nuestro punto de vista, la causa final de la recaída es la dependencia psicológica. Es por ello que las terapias farmacológicas solas tienen poco éxito cuando se quiere evaluar su impacto un año después de haberse administrado. Es decir, el efecto de las TRN o los antidepresivos se debe evaluar a la luz de sus efectos en los primeros tres meses. Después, todo depende de las estrategias de enfrentamiento al proceso psicológico de volver a fumar. El fumador que deja de fumar nunca olvida que fue fumador y el placer que experimentó. De hecho, son todos los recuerdos de sus vivencias lo que probablemente desempeña un papel decisivo en la recaída.

Por lo tanto, cualquier abordaje terapéutico estará incompleto si no se considera el aspecto psicológico de la dependencia asociada con la nicotina. La terapia cognitivo

conductual aborda este tipo de dependencia y le agrega al tratamiento farmacológico un apoyo adicional para que el fumador se mantenga en abstinencia.

Eliminar progresivamente el tabaco como factor de riesgo único y globalizado, con el fin de proteger la salud de los seres humanos, con la consecuente economía en el costo de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo del tabaco.

El mejor enfoque a futuro para el control integrado del tabaco, para la prevención de la adicción a la nicotina y de la fracción de enfermedades atribuible al tabaco es que todos los miembros de la sociedad, especialmente niños, adolescentes, adultos jóvenes y mujeres aprendan a identificar el riesgo y nunca empiecen el consumo

Hay otro grupo de fumadores que todavía no tienen muy arraigado el hábito, que consumen alrededor de 10 cigarros al día, pero que con información amplia sobre los daños del tabaco, consejos y sugerencias, dejan de fumar. En los cuales los programas de educación para la salud surtirán un gran efecto.

Hay avances considerables en materia preventiva del consumo de tabaco, sólo en 2010 hubo cinco campañas de prevención, se publicaron los pictogramas en las cajetillas de cigarros y entró en vigor el aumento de siete pesos por cajetilla, sin embargo, reconoció, hace falta mayor educación para la salud en materia de adicciones desde la edad escolar.

Por todo lo anterior, podemos concluir que el tabaquismo es al igual que todas las adicciones, difícil de erradicar pero también es sabido que la amplia gama de abordajes hacen posible la abstinencia, mucho se ha discutido, si una u otra técnica es mejor o no, pero uno de los señalamientos más importantes que hay que reconocer, es que el terapeuta es el medio para llegar al objetivo del paciente y que la intervención oportuna hace posible que este se dirija al cambio.

Es así que el paciente es el actor principal que decide según en la etapa en que se encuentre, si la terapéutica funciona y es por esta razón que algunos abordajes poco lógicos tienen resultados apropiados. También es cierto que esta decisión no aparece de la nada si no que está vinculado a todo programa que con el solo hecho

de difundir la salud va a hacer que se reflexione si se están llevando a cabo bien las cosas en cuanto a los estilos de vida saludables.

Es por esta razón que la lucha contra el tabaco al igual que en otras adicciones, no es aislada, por el contrario, involucra cada uno de los ámbitos donde el adicto y no adicto se desarrolla.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2010). *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno)*. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Antuñano, L.F.J.(2004). Consumo de Tabaco. Una Enfermedad Social. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México;. 17 (3): 204-214
- Balfour, D.J., Fagerstrom, K.O. (1996). "Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders". *Pharmacol Therapy*; 72:51-81
- Bandura, A., Walters, R. (1978). "*Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*", Alianza editorial: Madrid.
- Barnes, P.J., Celli, B.R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Europe Respiratory Journal*; 33(5):1165-1185.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B. (1993). *Programas de tratamiento en grupo de fumadores. Intervención Psicológica*; (pp.203-230). Madrid: Pirámide.
- Bello, S., Michalland, S., Soto, M., Contreras, C., Salinas, J.(2005). Efectos del humo de tabaco ambiental en no fumadores. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*; 21:179-192
- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J. (2000) . Encuestas en estudiantes. En: ed. *El consumo de tabaco en México y encuesta nacional de adicciones (Tabaco)*. Secretaría de Salud. México; 61-64
- British American Tobacco. Annual Reprte. (2007) .Globe House Temple. London
- Caballo, V. (1995) "*Manual de Técnicas y Modificación de Conducta*". Editorial Siglo XXI. Págs. 662-666., V. (1985).

- Carrascoza, V.C. (2007). Prevención y tratamiento de las adicciones en México. Una propuesta Terapéutica. México, Documento inedito. UNAM
- Cohen S.J., Chisten A.G., Katz B.P., Davis B.J. (1987). Counseling Medical and Dental Patients About Cigarettes Smoking: The Impact of Nicotine Gum and Chart Reminders. *American Journal Pub Health*. 83: 329-337.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones. ENA*. Secretaria de Salud, 2002; Dirección General de Epidemiología. Secretaria de Salud. . México.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC.(2012). *Carpeta técnica. Grupo Interinstitucional, Subcomite de Difusión. Campaña: "Día Mundial sin Tabaco"* México.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. (2011). *Encuesta Nacional de adicciones ENA. Secretaria de Salud*. México.
- Cooper O.J., Heron E.T., Heward L.W. (2007) *Applied behavior Analysis*. Ed. Pearson, Merrill Practice Hall
- Correia, C.J., Simons, J., Carey, K.B., Borsari, B.E. (2002). Predicting drug use: Application of behavioral theories of choice. *Addictive Behaviors*; 23, 705-709
- Cosio, M.G., Saetta, M., Agusti, A. (2009). Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*; 360(23):2445-2454.
- Coultas, D.B.(1996). The Physician's Role in Smoking Cessation. *Clinic Chest Medicine*; 12:755- 768.
- Davis, M., McKay, M. (1998). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona Edit. Martínez Roca; 9: 136-156.

- Domínguez, T. B., Valderrama, I. P., Olvera, L., Pérez, R.S.L., Cruz, M. A., González, S. L. (2002). *Manual Para El Taller Teórico Práctico De Manejo De Estrés*. Edit. Plaza y Valdés. México.
- Domínguez, T. B., Pérez, R.S.L., Cruz, M. A. (1995). The roles of disclosure and emotival reversal in clinical practice. *Emotion, disclosure and health*. Penebaker. American Psychological association. Washington DC
- Dowd, E.T. (1997). La Evolución de las Psicoterapias Cognitivas. Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la Cuestión y Procesos Terapéuticos. Editorial Paidos. Barcelona, España: 1:25-36
- Durand, B. R., & Kammerer L. (1986) "La relajación". Editorial Conocer Paidotribo. Barcelona.
- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R. Yeager, R. (1992). *Terapia Racional-Emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Edit. Desclee de Brouwer: España
- Ellis A. Russell G. (1997). *Manual de terapia racional emotiva*. México. séptima edición editorial Pax.
- Fargerström, K.O., Schneider, N.G.(1989) *Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire*;12:159.
- Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatzianreou, E.J., Newcomb, P.A.(1990). Methods Used to Quit Smoking in the United States. Do Cessation Programs Help? *Journal of the American Medical Association*; 266:2560-2575.
- Fox, R.M., Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*; 21, 17-27.
- Fox, R.M., Brown, R.A. (1989). *Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking*. *Journal of Applied Behavior Analysis*; 12, 115-125.

- García-Tenorio, A. (2000). *Composición del tabaco*. Atención Primaria. Área Sanitaria n° 7. Madrid
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease . GOLD. (2011). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. Medical Communications Resources, Inc
- Henningfield, J.E. (2005). Nicotine medications for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*; 333:1196-1203.
- Hernández, L. N., (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* . Editorial Paidós : México.
- Hughes, J.R. (2000). *New treatments for Smoking Cessation*. A Cancer Journal
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.INEGI.(2005). Encuesta Nacional de Salud.. Secretaria de Salud. México.
- Jurado,C.D. (2008). *Sensibilidad a la ansiedad, efectos negativos y consumo de Tabaco en pacientes con depresión y ansiedad. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, Unam.*
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Ed. Manual Moderno.
- Kyerematen, G.A., Damiano, D.M. (1982). Smoking- induced changes in nicotine disposition: application of a new HPLC assay for nicotine and its metabolites. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*; 32: 769-780.
- Kuri-Morales, P., González-Roldan, J., Hoy, M., Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. *Salud Pública de México*; 48 (3), 91-98.
- Lichtenstein, E., Brown, R.A. (1980).Smoking cessation methods: Review and recommendations. *The addictive behaviors*. Nueva York.

- Maciás, F.X., Méndez, M., Olivares, J. (2003), *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento* Madrid: Pirámide: pp. 203-230.
- Martorell, J.L. (1996). *Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos*. Ediciones Pirámide: Madrid. Cap.3. pp. 59-70
- Meichenbaum, D. (1987) *Stress inoculation training*, publicado por acuerdo con Headington Hill Hall, England. Ediciones Martínez Roca, S.A., Barcelona: p774, ,
- Meneses. A.M.B. (2006). PLATINO (Poyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) Prevalencia de la EPOC y sus principales factores de riesgo. Asociación Latinoamericana del Torax ALAT; 37-48
- Mountain, C.F., Dressler, C.M., Regional lymph node Clasification for Lung Cancer Staging. *Chest*, 2005, 111: 1718-1723
- Norris, P., Porter, G. (1991) *¿Por qué a mi?. Los libros del comienzo*. Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud.OMS (2004). Boletín de la Organización de la Salud. *Tabaquismo*.
- Pasut, M. ((1997). *Técnicas grupales: elementos para el aula flexible*. Editorial: Novedades Educativas. Buenos Aires: p.105.
- Perea , Q.R. (2004). *Educación para la Salud Reto de Nuestros Tiempos*. Madrid: Edit. Díaz de Santos.
- Pérez-Padilla R., Meneses A.M., Jardine, J.R. (2005) Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Five Latin American Cities. (The PLATINO study) a prevalence study. *Lancet*;366: 1875-1881.
- Phares, Jerry. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Practica"* 2ª edición, Manual Moerno, México.

- Puente-Silva.,Cicero R.,González E., Ocampo A., Dominguez B. Estudio Comparaivo de cuatro programas para el abandono del tabaquismo en pacientes Cronicos cardiorespiratorio. 1989. Revista Interconductual. Psicología Educativa. 2(3), 113-131.
- Quintana-Díaz, J.C., Fernández-Fregio, M.J., Laborde, R. R., (2010). Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Revista Cubana Estomatología. Cuba;33: 45-56
- Rico, M.G., Ruiz, F.L.(2002). *Tabaquismo*. Editorial: Trillas. México. ISBN:968-24-3243-X.
- Ruiz, M.A., Rodriguez, G.I., Rubio, C., Harrison,A. (2004). Efectos Tóxicos del Tabaco. *Revista Toxicológica*. México
- Rusell ,M. H. (1998). Cigarette Dependence : Doctor's role in management. *Britihs Medical Journal*. 1998; 2,575: 393-396.
- Russell, M. H., Wilson, C.(1998). Effects of general practioners advice against smoking. *British Medical Journal*; 2,231, 2325.
- Samet,J.M. (2002). Los Riesgos del Tabaquismo Activo y Pasivo. *Salud Pública de México*; 44 (5):144-160.
- Scanlon, P.D., Connett, J.E., Waller, L.A., Altose, M.D. (2000). Smoking Cessation and Lung Function in Mild-to-Moderate Chronic obstructive pulmonary Disease . The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*; 161(2):381-390.
- Schwartz, J. L. (1991). Methods for Smoking Cessation. *Clinic Chest Medicine* 12:737-754.
- Schwatz, J.L. (1995). Expressed willingness of smoking to try 10 smoking withdrawal methods. *Public Health Respiratory*; 82:85.

- Smith, J.M., Greenberg, M.A.(2000). Scrip therapy: the effects of writing about traumatic events. *Empirical studies in psychoanalytic theories*, .Washington D.C: American;9: 121-164
- Smith, J. C. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación : Un nuevo sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación* . Editorial: Bilbao.España.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Solano,R.S., Jimenz, R.C.A. (2004) Tabaquismo. Monografias NeumMadrid. Editorial Ergon. España; volVII. ISBN: 84-8473-314-9
- Tovar, G.V., López, A. F. (2000). Fumadores involuntarios: Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. México;13 (4): 233-239.
- U.S. Departament of Health and Human Services, Public Health Services (1998). The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. *A report of the Surgeon General, US Government Priting Office*. Washington, D.C.
- WHO (2011) World Health Organization. Tobacco or health report on the global tobacco epidemic:warning about the dangers of tobacco. Acceso electrónico http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html
- Zarin ,D.D., Pincus, H.A., Mcintyre,J.S. (2001) Guía clínica para el tratamiento de la dependencia a la nicotina. *Ars Medica, A Journal de Medicine. The Arts and Humanities*. España, pp 4-9

ANEXO 1. Contexto laboral

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGM) forma parte del sistema de atención a la salud a cargo de la Secretaría de Salud del gobierno federal. El HGM es un hospital regional ubicado en la zona centro del país que cuenta con 108 años de existencia y ofrece 40 servicios médicos de especialidad y de apoyo al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo que permite prestar un servicio integral dentro del segundo y tercer nivel de atención hospitalaria.

En este Hospital trabajan más de seis mil personas que diariamente dan cerca de tres mil consultas de medicina general y de especialidad y realizan en promedio: 135 intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos, 8,898 estudios de laboratorio, 436 estudios de imagenología y 170 sesiones de rehabilitación.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES			
Alergia e Inmunología	Farmacología Clínica	Experimental	Ortopedia
Anestesiología	Gastroenterología	Medicina Interna	Otorrinolaringología
Audiología y Foniatría	Geriatría	Médica Intensiva	Patología Genética
Cardiología	Gineco_obstetricia	Medicina Preventiva	Pediatría
Cirugía General	Hematología	Nefrología	Quirófano Central
Cirugía Plástica	Infectología	Neumología	Radiología e Imagen
Clínica del Dolor	Laboratorio	Neurología y	Reumatología
Dermatología	Medicina Física y	Neurocirugía	Salud Mental
Endocrinología	Rehabilitación	Oftalmología	Urgencias
Estomatología	Medicina	Oncología	Urología
		Banco de Sangre	Consulta Externa

La Clínica en contra del Tabaquismo, donde se realizó el presente trabajo, se establece formalmente en 2000 como parte de los Servicios de Neumología y Cirugía del Tórax del HGM, con el apoyo de la evidencia obtenida en un primer estudio comparativo de cuatro programas para el abandono del tabaquismo, dentro del programa de investigación sobre perfiles de consumo y efectividad de intervenciones mencionado anteriormente.

SERVICIOS DE NEUMOLOGIA
Rayos X
Consulta Externa
Hemodinámica Previa Valoración Médica
Pruebas de Función Respiratoria
Terapia respiratoria
Laboratorio de microbiología
Cirugía previa valoración médica
Endoscopia Torácica
Broncoscopia previa valoración médica
Clínica en contra del Tabaquismo
Clínica de EPOC y Asma

ANEXO 2.

CONSEJO MEDICO

- 1ª. Pregunte a sus pacientes respecto al hábito de fumar.
- 2ª. Envíe un mensaje firme para que abandone el tabaco.
- 3ª. Determine un plazo con su paciente para que deje de fumar.
- 4ª. Verifique, si dejó de fumar y si se mantiene así en cada visita; también verifique si existen síntomas relacionados con el fumar y si muestra mejoría en esos síntomas.

La primera etapa pregunte a sus pacientes respecto al hábito de fumar. Flujograma siguiente:



En la segunda etapa envíe un mensaje firme para que abandone el tabaco si la patología está asociada al tabaquismo y determine un plazo para dejar de fumar.

La tercera etapa corresponde al siguiente esquema:



Es importante que antes de pasar a la cuarta etapa se respondan las inquietudes que el fumador tenga con respecto a su organismo.

La cuarta etapa se representa en el siguiente esquema:



Felicite a los no fumadores exitosos y estimúelos por sus logros; arregle una segunda visita durante los próximos dos meses, si fue prescrita alguna terapia farmacológica: sustituto con nicotina (goma o parche) o antidepresivos.

(Cohen SJ, Chisten AG, Katz BP, Davis BJ. 1987).

ANEXO 3

MOTIVOS DEL FUMADOR. RUSELL

Nombre _____ Grupo _____

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
A. Fumo cigarrillos para sentirme con más energía cuando trabajo			
B. El tener un cigarrillo en la mano es parte del placer de fumarlo.			
C. El fumar cigarrillos es agradable y tranquilizador			
D. Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme			
E. Cuando me he quedado sin cigarrillos lo siento casi insoportable hasta que puedo obtener algunos			
F. Fumo cigarrillos automáticamente; sin darme cuenta que de repente estoy fumando.			
G. Fumo cigarrillos para animarme, para darme energía			
H. Parte del goce de fumar proviene de lo que tengo que hacer para encender un cigarrillo.			
I. Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.			
J. Si estoy molesto por algo, enciendo un cigarrillo, para que se me pase.			
K. Cuando no fumo me siento mal.			
L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.			
M. Fumo cigarrillos para animarme			
N. Cuando fumo un cigarrillo, parte del placer es ver el humo que produzco.			
O. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo y tranquilo			
P. Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones			
Q. Cuando no he fumado por un buen rato siento una necesidad casi incontrolable por fumar un cigarrillo			
R. Me he encontrado con que tengo un cigarro en la boca sin que yo recuerde haberlo puesto ahí.			

Como calificarse:

Siempre = 3 A veces = 2 Nunca = 0

De 0-2 no es motivo.
De 3-5 motivo no muy importante
De 6-9 motivo muy importante

- A ___ G ___ M ___ Me estimula.
Un resultado alto en esta sección significa que fumar le da energía y le mantiene. Ayúdele a pensar en otras cosas que lo estimulen como hacer ejercicio, correr o caminar.
- Estimulación ___
- B ___ H ___ N ___ Necesito algo en mis manos.
Hay muchas cosas que tus manos pueden hacer sin necesidad de encender un cigarro, intenta jugar con un lápiz o realizar alguna actividad manual.
- Manipulación ___
- C ___ I ___ O ___ Me siento bien.
Experimenta satisfacción psicológica al fumar. El ejercicio podría ser una alternativa efectiva. El paciente en esta categoría podría utilizar el chicle bajo prescripción médica.
- Relajación ___
- D ___ J ___ P ___ Me sostiene.
Encuentras el cigarro placentero en momentos de estrés. Puede aprender a relajarse utilizando técnicas de respiración.
- Reducción
Tensión ___
- E ___ K ___ Q ___ Soy adicto.
Es adicción psicológica a la nicotina. Este tipo de gente es la más beneficiada con un sustituto (chicle o parche con nicotina).
- Necesidad ___
- F ___ L ___ R ___ Es parte de mi rutina.
Si tan solo es rutina, una forma de eliminarlo sería estar consciente de cada cigarro que se fuma. Llevar un autoregistro, es la manera más fácil de saberlo.
- Hábito ___
- Los totales más altos, en cada categoría indican las razones por las cuales se fuma.

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE FARGERSTRÖM

Este cuestionario suprime la necesidad de procedimientos clínicos complejos y permite evaluar el nivel de dependencia de un fumador para elaborar un programa de cesación tabáquica aceptable y efectiva.

NOMBRE _____ GRUPO _____

Anote la puntuación adecuada para cada pregunta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. Cuanto tiempo transcurre desde que se levanta hasta el primer cigarrillo	Menos de 30 minutos	1
	Más de 30 minutos	0
2. Tiene dificultad para no fumar en lugares cuando está prohibido	Si	1
	No	0
3. Que cigarrillo le costara más suprimir	El primero de la mañana	1
	Otro	0
4. Cuántos cigarrillos fuma al día	15 o menos	0
	16-25	1
	26 o más	2
5. Fuma más frecuente durante las primeras horas del día que durante el resto del día	Si	1
	No	0
6. Fuma aunque se encuentre tan enfermo que tiene que permanecer en cama la mayor parte del día	Si	1
	No	0
7. Inhala el humo	Nunca	0
	A veces	1
	Siempre	2

CALIFICACIÓN TOTAL _____

< 7 indica un nivel bajo de dependencia de la nicotina mientras que una puntuación > 7 indica un nivel elevado de dependencia a la nicotina.

ANEXO 5

AUTOREGISTRO DIARIO DE CIGARRILLOS

CANTIDAD	LUGAR	HORA	ACTIVIDAD	EMOCION	LUGAR
1er cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3er. Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20° Cigarro					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Más de 20 cigarros fumados al día _____ Cuántos más _____

Total de cigarrillos fumados _____

1. En compañía, por invitación o en reuniones sociales.
2. Siento agradables los movimientos de fumar y ver el humo.
3. Fumo cuando estoy tranquilo y/o con el café o después de comer.
4. Por tristeza, cansancio o poca concentración.
5. Por nerviosismo, ansiedad o reducir la tensión.
6. Sin darme cuenta fumo todo el día.
7. Al no fumar me siento mal y las molestias se quitan al fumar
8. Por placer
9. Para sentir mayor confianza y seguridad

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE BECK PARA DEPRESION

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO

FECHA

El siguiente cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy. A cada frase le corresponde una puntuación Marque 0 si no presenta el síntoma y 3 si su percepción es máxima.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. En general no me siento descorazonado por el futuro.
- 1. Me siento descorazonado por el futuro
- 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
- 3. Siento que el futuro n tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3. Sensación de fracaso

- 0. yo no me siento fracasado.
- 1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
- 2. Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos.
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

4. Insatisfacción

- 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
- 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- 2. Ya no obtengo nada me satisface realmente.
- 3. Todo me aburre o me desagrada.

5. Culpa

- 0. No siento ninguna culpa particular.
- 1. Me siento culpable buena parte del tiempo.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Expectativas de castigo

- 0 Yo no siento que esté siendo castigado.
- 1. Siento que podría ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que he sido castigado.

7. Autodespreció

- 0. yo no me siento desilusionado de mí mismo.
- 1. Estoy desilusionado de mí mismo.
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio

8. Autoacusación

- 0. No me siento peor que otros.
- 1. Me critico por mis debilidades o errores.
- 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo pensamientos de matarme.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me mataría si tuviera oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. Llora más de lo usual.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11. Irritabilidad

- 0. Estoy más irritable de lo que solía estar.
- 1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado todo el tiempo.
- 3. Ya no me irrito de las cosas que solían hacerlo.

12. Retirada social

- 0. No he perdido interés por la gente.
- 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
- 2. He perdido en gran medida el interés en los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1. Evito tomar decisiones como antes.
- 2. Tengo mayor dificultad que antes en tomas decisiones
- 3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo que tenga peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco Atractivo.
 1. Noto cambios permanentes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 3. Creo que me veo horrible.

15. Enlentecimiento

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer Cualquier cosa.
 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo...

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como antes.
1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 2. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme

17. Fatigabilidad

0. No me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente que antes.
 2. Me canso al hacer cualquier cosa.
 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha variado.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2. Mi apetito es mucho peor que antes.
 3. Ya no tengo nada de apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
 2. He perdido más de 4 kilos.
 3. He perdido más de 6 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy más preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, Malestar de estómago, catarros, etc.
 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy Incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
1. Estoy interesado por el sexo como solía estarlo.
 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 3. He perdido por completo el interés por el sexo.

CUESTIONARIO DE BECK PARA DEPRESION

Resultados

- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18 Depresión entre leve y moderada.
- 19 - 29 Depresión entre moderada y severa.
- 30 - 63 Depresión severa.

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE BECK PARA ANSIEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE EDAD

DIAGNOSTICO FECHA

El siguiente cuestionario evalúa el grado de ansiedad que puede tener una persona. Se compone de 21 preguntas, Marque aquella que mejor define cómo se has sentido en la última semana, incluyendo hoy. A cada pregunta le corresponde una puntuación

<p>Marque a la izquierda de cada pregunta el número que mejor describa el problema.</p> <p>(0) En absoluto. (1) Levemente, no me molesta mucho. (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo. (3) Severamente, casi no pude soportarlo.</p> <p>Las preguntas se relacionan a si usted tiene ó ha tenido en la última semana:</p>	
<input type="checkbox"/> 1. de calor.	<input type="checkbox"/> 10. Nerviosismo.
<input type="checkbox"/> 2. 3. Hormigueo o entumecimiento.	<input type="checkbox"/> 11. Sensación de ahogo.
<input type="checkbox"/> Sensación Temblor de piernas.	<input type="checkbox"/> 12. Temblores de manos.
<input type="checkbox"/> 4. Incapacidad de relajarse.	<input type="checkbox"/> 13. Temblor generalizado o estremecimiento.
<input type="checkbox"/> 5. Miedo a que suceda lo peor.	<input type="checkbox"/> 14. Miedo a perder el control.
<input type="checkbox"/> 6. Mareo o aturdimiento.	<input type="checkbox"/> 15. Dificultad para respirar.
<input type="checkbox"/> 7. Palpitaciones o taquicardia.	<input type="checkbox"/> 16. Miedo a morir.
<input type="checkbox"/> 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.	<input type="checkbox"/> 17. Sobresaltos.
<input type="checkbox"/> 9. Terrores.	<input type="checkbox"/> 18. Molestias digestivas o abdominales.
	<input type="checkbox"/> 19. Palidez.
	<input type="checkbox"/> 20. Rubor facial.
	<input type="checkbox"/> 21. Sudoración (no debida al calor).
	<input type="checkbox"/> Total

CUESTIONARIO DE BECK PARA ANSIEDAD

Resultados

La puntuación total es la suma de todas las preguntas.

- 0 - 21 Ansiedad muy baja
- 22 - 35 Ansiedad moderada
- más de 36 Ansiedad severa

ANEXO 9

RESULTADOS DE LA PRUEBA FUNCIONAL RESPIRATORIA

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC-TRN Abstinencia	n= 78		n= 78		n=76	
FEV1/FVC 90-80	17	21.8%	26	33.3%	31	40.8%
FEV1/FVC 80-70	27	34.6%	18	23.1%	11	14.5%
FEV1/FVC <70	34	43.6%	34	43.6%	34	44.7%
Total	78	100.0%	78	100.0%	76	100.0%
PES-TRN Abstinencia	n=51		n= 42		n=29	
FEV1/FVC 90-80	14	27.5%	13	31.0%	7	24.1%
FEV1/FVC 80-70	17	33.3%	11	26.2%	9	31.0%
FEV1/FVC <70	20	39.2%	18	42.9%	13	44.8%
Total	51	100.0%	42	100.0%	29	100.0%

Tabla 14. Prueba funcional respiratoria de pacientes neumológicos que se abstuvieron de fumar en todo el período de seguimiento.

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC-TRN, No abstinencia	n= 3		n= 3		n=3	
FEV1/FVC 90-80	2	66.7%	1	33.3%	1	33.3%
FEV1/FVC 80-70	1	33.3%	2	66.7%	2	66.7%
FEV1/FVC <70	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%
PES-TRN, No abstinencia	n=24		n= 20		n=14	
FEV1/FVC 90-80	6	25.0%	7	35.0%	4	28.6%
FEV1/FVC 80-70	5	20.8%	4	20.0%	5	35.7%
FEV1/FVC <70	13	54.2%	9	45.0%	5	35.7%
Total	24	100.0%	20	100.0%	14	100.0%

Tabla 15. Prueba funcional respiratoria de pacientes neumológicos que volvieron a fumar en el período de seguimiento del estudio



ANEXO 10

RESULTADO EN LOS NIVELES DE COLESTEROL

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC-TRN, Abstinencia	n= 78		n= 78		n=76	
50-200	62	79.5%	75	96.2%	73	96.1%
>200	16	20.5%	3	3.8%	3	3.9%
Total	78	100.0%	78	100.0%	76	100.0%
PES-TRN, Abstinencia	n=51		n= 42		n=29	
50-200	36	70.6%	33	78.6%	22	75.9%
>200	15	29.4%	9	21.4%	7	24.1%
Total	51	100.0%	42	100.0%	29	100.0%

Tabla 16. Niveles de colesterol en pacientes neumológicos que se abstuvieron de fumar en todo el período de seguimiento del estudio

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC-TRN, No abstinencia	n= 3		n= 3		n=3	
50-200	2	66.7%	3	100.0%	3	100.0%
>200	1	33.33%		0.00%		0.00%
Total	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%
PES-TRN, No abstinencia	n=24		n= 20		n=14	
50-200	14	58.3%	8	40.0%	8	57.1%
>200	10	41.7%	12	60.0%	6	42.9%
Total	24	100.0%	20	100.0%	14	100.0%

Tabla 17. Niveles de colesterol en pacientes neumológicos que se abstuvieron de fumar en todo el período de seguimiento del estudio

ANEXO 11

RESULTADOS EN LOS NIVELES DE TRIGLICERIDOS

TCC-Abstinencia	n= 78		n= 78		n=76	
50-200	56	71.8%	76	97.4%	74	97.4%
>200	22	28.2%	2	2.6%	2	2.6%
	78	100.0%	78	100.0%	76	100.0%

PES-Abstinencia	Al término		3 MESES		1AÑO	
TRIGLICERIDOS	n=51		n= 42		n=29	
50-200	38	74.5%	31	73.8%	20	69.0%
>200	13	25.5%	11	26.2%	9	31.0%
	51	100.0%	42	100.0%	29	100.0%

Tabla 18. Niveles de triglicéridos en pacientes neumológicos que se abstuvieron de fumar en todo el período de seguimiento del estudio

TCC, No Abstinencia	Al término		3 MESES		1AÑO	
	n= 3		n= 3		n=3	
50-200	1	33.3%	3	100.0%	3	100.0%
>200	2	66.7%		0.0%		0.0%
Total	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%

PES-No abstinencia	Al término		3 MESES		1AÑO	
TRIGLICERIDOS	n=24		n= 20		n=14	
50-200	19	79.2%	16	80.0%	12	85.7%
>200	5	20.8%	4	20.0%	2	14.3%
Total	24	100.0%	20	100.0	14	100.0%

Tabla 19. Niveles de triglicéridos en pacientes neumológicos que volvieron a fumar en algún momento durante el período de seguimiento del estudio

ANEXO 12

RESULTADO DE LA CITOLOGIA EN EXPECTORACIÓN

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC-Abstinencia	N= 78		N= 78		N=76	
Alt. Inflamatorias	65	83.3%	33	42.3%	32	42.1%
Metaplasia	8	10.3%	5	6.4%	3	3.9%
Displasia	3	3.8%	2	2.6%	2	2.6%
Mat. Inadecuado	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	0	0.0%	38	48.7%	39	51.3%
	78	100%	78	100%	76	100%
PES-Abstinencia	N=51		N= 42		N=29	
Alt. Inflamatorias	45	88.2%	13	31.0%	9	31.0%
Metaplasia	4	7.8%	4	9.5%	3	10.3%
Displasia	2	3.9%	1	2.4%	1	3.4%
Mat. Inadecuado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	0	0.0%	24	57.1%	16	55.2%
	51	100%	42	100%	29	100%

Tabla 20. Resultados de los estudios de citología en expectoración carbowax

	Al término		3 MESES		1AÑO	
TCC, No abstinencia	N= 3		N= 3		N=3	
Alt. Inflamatorias	1	33.3%	1	33.3%	2	66.7%
Metaplasia	1	33.3%		0.0%	1	33.3%
Displasia	1	33.3%		0.0%		0.0%
Mat. Inadecuado		0.0%	1	33.3%		0.0%
Normal		0.0%	1	33.3%		0.0%
	3	100%	3	100%	3	100%
PES, No abstinencia	N=24		N= 20		N=14	
Alt. Inflamatorias	20	83.3%	11	55.0%	6	42.9%
Metaplasia	3	12.5%		0.0%	1	7.1%
Displasia		0.0%	1	5.0%	1	7.1%
Mat. Inadecuado	1	4.2%		0.0%		0.0%
Normal		0.0%	8	40.0%	6	42.9%
	24	100%	20	100%	14	100%

Tabla 21. Estudio de citología en expectoración carbowax