

31963 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

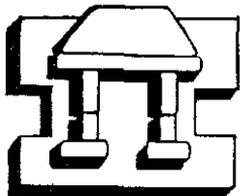
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DESARROLLO Y EVALUACION DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LA ADICCION A LA NICOTINA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRA EN METODOLOGIA DE LA TEORIA E INVESTIGACION CONDUCTUAL PRESENTA: JENNIFER LIRA MANDUJANO

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ
COMITE: DRA. SARA CRUZ MORALES
DRA. ROSALVA CABRERA C.
DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA SOTO
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA



IZTACALA

ESTADO DE MEXICO

FEBRERO 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

*Dedicado a mi Mamá  
con todo mi corazón*

## AGRADECIMIENTOS

*Dr. Ayala, gracias por ser una parte importante de mi desarrollo académico, por apoyarme en todo momento y por enseñarme la importancia de hacer investigación en la prevención de conductas adictivas.*

*A la Dra. Sara Cruz por ser mi maestra, por sus sugerencias y amistad a lo largo mi desarrollo académico.*

*A la Dra. Rosalva por todas las sugerencias y apoyo. Gracias.*

*A la Dra. Guadalupe Ortega por ser mi tutora, por sus sugerencias y apoyo desde que ingresé a la maestría.*

*Al Mtro. Fernando Vázquez por ser miembro de mi comité y por su apoyo incondicional.*

*A la Mtra. Lety Echeverría por ser mi maestra, por apoyarme en la canalización de los usuarios y por las sugerencias en la modificación del programa.*

*A Kalina por ser mi maestra y amiga. Por todas las sugerencias, apoyo en la instrumentación del programa, por el apoyo académico y por motivarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos, por todo gracias.*

*A Lety Salazar, quien participó en este proyecto solo por aprender, gracias por todas las sugerencias y apoyo en la instrumentación del programa.*

*A Francisco, por las discusiones metodológicas y teóricas, por motivarme a continuar mi formación académica, por ser un buen amigo.*

*A Roberto, por su apoyo incondicional, por su motivación para mejorar el análisis teórico, por su amistad*

*A Mari José por su apoyo incondicional desde mi ingreso al laboratorio, por su amistad.*

*Tobacco, divine, rare, superexcellent, which goes far beyond all panaceas, potable gold, and philosopher's stones, a sovereign remedy to all diseases... But, as it is commonly abused by most men, which take it as tinkers do ale, 'tis a plague, a mischief, a violent purger of goods, limb, health, hellish, devilish, out damned tobacco, the ruin and overthrow of body and soul (Burton, 1577-1640).*

## ÍNDICE

### Resumen

### Introducción ..... 1

- El consumo de tabaco
- Folletos de auto-ayuda
- Intervenciones breves
- Tratamientos farmacológicos y terapias de reemplazo con nicotina
- Tratamientos conductuales y cognoscitivo conductuales
- Tratamientos combinados
- Intervenciones Breves Motivacionales

### Método ..... 19

### Resultados ..... 23

### Discusión ..... 36

### Referencias

### Anexos

**Anexo 1.** Consentimiento informado

**Anexo 2.** Cuestionario de pre- selección

**Anexo 3.** Entrevista inicial

**Anexo 4.** Cuestionario para fumadores

**Anexo 5.** Cuestionario Breve de Confianza Situacional

**Anexo 6.** Línea Base Retrospectiva

**Anexo 7.** Auto- monitoreo

**Anexo 8.** Folletos

**Anexo 9.** Programa de Tratamiento para la adicción a la nicotina

**Anexo 10.** Balance Decisional

## RESUMEN

Se ha comprobado que el consumo de tabaco es un factor de alto riesgo para el desarrollo de diferentes enfermedades, por ejemplo: cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva crónica, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, enfermedad cerebral, osteoporosis entre otras. Por lo tanto el consumo de tabaco resulta en un problema importante de salud a nivel internacional. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) existe un porcentaje importante (28%) de la población mexicana que fuma, sin embargo en México:

- 1) No existen intervenciones dirigidas a personas que quieren dejar de fumar y que aún no presentan alguna enfermedad o daño orgánico relacionado con el consumo de tabaco;
- 2) No existen reportes de investigación sistemáticos que evalúen la efectividad de intervenciones breves dirigidas a fumadores.

De tal forma, el objetivo del presente trabajo fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve de tipo motivacional para fumadores con niveles bajos y medios de dependencia, basado en la Teoría del Aprendizaje Social que emplea procedimientos de la entrevista motivacional y prevención de recaídas. Los resultados muestran efectos específicos en el patrón de consumo de cigarrillos de los sujetos expuestos al tratamiento, estos efectos se reflejan en el número días en que permanecían abstemios y en el mantenimiento a un mes después de la intervención, asimismo hubo un incremento en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo.

## EL CONSUMO DE TABACO

Desde 1950 se han realizado una serie de estudios epidemiológicos que han demostrado que el consumo de tabaco esta relacionado con diferentes enfermedades, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo (Belsasso, 2001).

González (2001) explica que el promedio de cigarrillos anuales consumidos por adulto en países en desarrollo en los años setenta era de menos de 1000 cigarros y en la actualidad el promedio es de 1500 por cada adulto. En México en las últimas Encuestas Nacionales de Adicciones (ver tabla 1) se ha reportado un incremento en el porcentaje de personas que fuman entre 12 y 65 años de la ENA de 1988 a la ENA de 1998.

Tabla 1.  
Resultados de consumo de tabaco reportados en las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en México.

|      | FUMADORES   | EX-FUMADORES | NO FUMADORES |
|------|-------------|--------------|--------------|
| 1988 | <b>25.8</b> | 21.6         | 52.6         |
| 1993 | 25.1        | 20.3         | 54.6         |
| 1998 | <b>27.7</b> | 14.8         | 57.4         |

En la ENA (1998) se señala que de los usuarios de tabaco, el 72.5 % fueron clasificados como fumadores leves (1 a 5 cigarros), 18.8 % como moderados (6 a 15 cigarros) y el 8.7% como dependientes (consumo diario de 16 o más cigarrillos) (ENA, 1998).

Las manifestaciones de toxicidad de los fumadores crónicos de acuerdo con Brailowsky (1999) son numerosas, entre ellas están:

- Riesgo de muerte prematura, es decir, disminución de la expectativa de vida
- Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebrovascular y alteraciones de la vasculatura periférica.
- Aceleración o agravamiento de la aterosclerosis
- Mayor incidencia de problemas crónicos como bronquitis, enfisema, sinusitis, úlceras, etc.

- Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, vejiga y páncreas.
- Potenciación de los efectos de carcinógenos ambientales, como el asbesto, óxido de azufre y otros.
- Disminución de la fertilidad y mayor incidencia de abortos espontáneos.
- Disminución significativa del peso del niño al nacer cuando la mujer fumó durante el embarazo, así como mayor peligro de mortalidad perinatal y de muerte súbita del infante.
- Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia.
- Mayor metabolismo de drogas como analgésicos, teofilina, imipramina, cafeína, algunas benzodiazepinas, propranolol, et.

Las enfermedades asociadas al consumo de tabaco se ubican entre los diez primeros lugares de morbilidad y mortalidad de salud pública en nuestro país, la Secretaría de Salud señala que en México fallecen diariamente 122 personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco como cáncer pulmonar, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

Se ha encontrado que una persona que fuma una cajetilla al día, aumenta la probabilidad de:

- Presentar cáncer de pulmón o cualquier otro tipo de cáncer
- Padecer enfermedades respiratorias
- Sufrir endurecimiento de las arterias y las venas, y por lo tanto, de sufrir embolias pulmonares o cerebrales.
- Sufrir problemas bucales (las llamadas leucoplasias, lesiones blanquecinas de la mucosa que se observan frecuentemente en los fumadores y que se consideran como lesiones precancerosas) y dentales, consistentes en coloración café amarillenta, pérdida del esmalte e irritación y reblandecimiento de la encías (Brailowsky, 1999).

Por lo anterior, el tabaquismo se ha considerado como uno de los principales problemas de salud pública en el Mundo, como un intento de solucionar dicho problema se han desarrollado diferentes estrategias, como son programas relacionadas con impuestos, programas publicitarios, programas educativos dirigidos a la población en general y programas para ayudar a los fumadores a dejar este hábito. En relación a esta última

estrategia podemos encontrar diversos programas, desde recomendaciones realizadas por médicos familiares con duración de 15 minutos hasta programas multidisciplinarios de 15 sesiones ó más donde participan acondicionadores físicos, médicos, nutriólogos, neumólogos y psicólogos (WHO, 2001).

González (2000) explica que los programas que se han desarrollado están dirigidos a diferentes grupos y tipos de fumadores:

- a) Métodos para ayudar al fumador motivado y poco dependiente, por medio de folletos y mensajes difundidos en medios masivos de comunicación, así como recomendaciones de médicos, pláticas y técnicas de auto-ayuda.
- b) Métodos para ayudar a los fumadores motivados pero dependientes, que incluyen terapias individuales o de grupo y de reemplazo de nicotina,
- c) Métodos para crear y mantener la motivación, pues es la base para proporcionar otra técnica de intervención, como educación para la salud e información al público.

Específicamente, en la literatura reportada dichos programas se clasifican en: Folletos de auto-ayuda, programas breves, tratamientos farmacológicos, terapia de reemplazo de nicotina, programas conductuales, y la combinación de alguno de ellos.

## **1. FOLLETOS DE AUTO- AYUDA**

Este tipo de folletos se han desarrollado porque en diferentes estudios epidemiológicos se ha observado que la mayor parte de la población deja de fumar sin ayuda profesional, de acuerdo con esto los folletos pueden tener una amplia diseminación para ayudar a los fumadores en su esfuerzo- sin necesidad de que ellos participen en un programa formal de cesación- por lo que se considera una estrategia potente a nivel nacional para decrementar la prevalencia de fumadores. Se sugiere que dichos folletos deben incluir: 1) información acerca de los efectos sociales y de salud, 2) estrategias específicas y ejercicios para dejar de fumar, 3) estrategias específicas y ejercicios para evitar recaer, y si ocurre una recaída, intentar de nuevo dejar de fumar.

Sin embargo, se ha cuestionado la efectividad de este tipo de estrategias ya que los resultados de investigaciones realizadas son inconsistentes, y no presentan resultados específicos en relación a al patrón de consumo de lo fumadores. La discusión se ha limitado a estudios de dichos manuales distribuidos en poblaciones de fumadores relativamente pequeñas.

La evidencia disponible sugiere que los manuales de auto-ayuda son efectivos para fumadores que son menos dependientes a la nicotina, están más motivados, y tienen mayor confianza para dejar de fumar.

Aunque los manuales de auto-ayuda han tenido solo una modesta efectividad para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, los manuales pueden ser fácilmente distribuidos entre la población que trata de dejar de fumar por sí mismos cada año (Surgeon General, 2000).

## **2. INTERVENCIONES BREVES**

Las intervenciones breves son aquellas que puede ser instrumentadas brevemente por profesionales (médico, dentista) de salud durante el curso de una consulta ó revisión relacionada con la salud del usuario. Estas estrategias puede ser desde una simple recomendación para dejar de fumar hasta programas por computadora diseñados para una intervención individual a fumadores. La guía que se sigue en este tipo de intervenciones es: 1. preguntar acerca de su habito de fumar, 2. recomendar a los fumadores dejar de fumar, 3. motivar a los fumadores a dejar de fumar, 4. orientar a los pacientes que quieren dejar de fumar, y 5. organizar visitas de seguimiento. Es decir, en estos programas el especialista menciona las ventajas de dejar de fumar de una manera personalizada y apropiada, evalúa la motivación para dejar de fumar, sugiere el empleo de algún producto sustituto con nicotina ó bupropion y da información sobre su uso adecuado y programa seguimientos (WHO, 2001).

Una de las áreas de investigación en las intervenciones breves es el empleo de programas de computo para dejar de fumar, ya que son considerados costo- efectivos y eficientes. Aunque las intervenciones clínicas breves dan al fumador algunas recomendaciones practicas, su objetivo principal es incrementar la motivación para dejar de fumar (Surgeon General, 2000).

## **3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y TERAPIAS DE REEMPLAZO CON NICOTINA**

Dado que la nicotina es una droga adictiva, cuando una persona intenta dejar de fumar en algunos casos presentan signos de abstinencia usualmente dentro de las 24 horas después de iniciada la supresión como son: aumento de apetito, de peso, irritabilidad, angustia, inquietud, dificultad para concentrarse insomnio, dolores de cabeza,

disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los niveles plasmáticos de adrenalina, al tiempo que la temperatura de la piel y la irrigación sanguínea periférica aumentan, depresión y aumento de peso (Brailowsky, 1999; Slade, 1999).

Se ha señalado, que el síndrome de abstinencia al tabaco puede aliviarse en parte con la administración de la nicotina y de esta forma ayudar a la persona en su intento por dejar de fumar. Se han diseñado una serie de productos que permiten la administración de nicotina, entre los más utilizados están el chicle y los parches. Se han realizado diferentes investigaciones para evaluar la efectividad de estos productos. La mayor parte de las investigaciones que se reportan, se enfocan a evaluar la efectividad de intervenciones de reemplazo con nicotina. Sin embargo, existen otro tipo de tratamientos sin nicotina que también han sido diseñados para aliviar los síntomas de abstinencia provocados por la supresión del cigarro (NIDA, 2000).

El primero de ellos es un antidepresivo bupropion, conocido comercialmente como Zyban, ha sido aprobado como un tratamiento farmacológico para la adicción a la nicotina. El tratamiento de esta droga se inicia dos semanas antes del día que el fumador haya elegido para dejar de fumar, durante los primeros tres días de administración la dosis recomendada es de 150 mg de bupropion, posteriormente 150mg dos veces por día, y generalmente continua por tres meses (Sansores & Ramírez, 2001; WHO, 2001). De acuerdo con el *Surgeon General* (2000) el Zyban es un antidepresivo atípico que trabaja bloqueando la recaptura en sitios noradrenérgicos y dopaminérgicos en el sistema nervioso central. Los efectos secundarios que se han reportado consistentemente por su uso están boca seca e insomnio.

Aún cuando se ha recomendado el Zyban como un tratamiento efectivo, la evidencia relacionada a la efectividad del bupropion para suprimir los síntomas de abstinencia no es consistente (Surgeon General, 2000). Por ejemplo, Hurt, Sachs, Glover, Offord, Johnston, Dale, Khayrallah, Schroeder, Glover, Sullivan, Croghan, & Sullivan (1997) observaron que el reporte de los usuarios de los grupos con una dosis de 150mg y 300mg, en relación a los síntomas de abstinencia experimentados, fueron semejantes a los reportados por un grupo placebo; y los usuarios de otro grupo con una dosis de 100mg reportaron síntomas de abstinencia más fuertes comparados con el reporte del grupo placebo.

En contraste, Jorenby, Leischow, Nides, Rennard, Johnson, Hughes, Smith, Muramoto, Daughton, Doan, Fiore, & Baker (1999) reportan que al comparar tres diferentes dosis (100mg, 150mg y 300mg) con un grupo placebo, encontraron que los grupos con las diferentes dosis de Zyban reportaron una disminución de los síntomas de abstinencia significativa con respecto al grupo placebo. Algunos antidepresivos y ansiolíticos han sido recomendados para disminuir los síntomas de abstinencia ya que diferentes estudios epidemiológicos han mostrado que la depresión y la ansiedad están asociados generalmente con el fumar. En los últimos años, se ha encontrado que la combinación de dosis de ansiolíticos con antidepresivos mejora considerablemente los síntomas de abstinencia, entre ellos encontramos: clorhidrato de fluoxetina y clorhidrato de buspirona. Sin embargo, aún no se reportan resultados consistentes relacionados con su efectividad para disminuir los síntomas de abstinencia y mantener a largo plazo la abstinencia en los usuarios.

En la categoría de terapias de reemplazo con nicotina, se han diseñado diferentes productos, su función es disminuir los síntomas de abstinencia generalmente producidos por la supresión de la nicotina. El empleo de este tipo de productos es bien aceptado porque el usuario recibe bajas dosis de nicotina, tiene un pequeño abuso potencial porque no produce efectos agradables, no contienen carcinógenos y gases asociados con el tabaco. Existen 5 productos que se obtienen sin prescripción médica: parche, chicle, spray nasal, inhalador y tabletas (Shiffman, Manson, & Henningfield, 1998; NIDA, 2000; WHO, 2001).

Por varios factores, históricamente, se ha limitado la utilización de las terapias de reemplazo con nicotina como son: costo, creencias de los fumadores acerca de los efectos secundarios, y de su disponibilidad con ó sin prescripción médica. Entre estos factores se ha señalado que las creencias de los fumadores acerca de los efectos secundarios es la más significativa, es decir, desde su aprobación hasta ahora dicha creencia prevalece.

Shiffman, Manson, y Henningfield (1998) señalan que hasta la fecha no se ha demostrado una relación causal determinada entre la administración de nicotina y enfermedad. Esto es, se sabe que la nicotina es una sustancia potencialmente adictiva y está contenida en el cigarro, sin embargo, la nicotina por si sola no es un carcinógeno ó un co- carcinógeno.

Las consecuencias en la salud por fumar están relacionadas específicamente a la absorción del monóxido de carbón, bióxido de carbono, amoniaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes, aldehídos y cetonas, mezcla de hidrocarburos aromáticos policíclicos, los cuales se ha comprobado que son carcinógenos (Brailowsky, 1999).

Los efectos específicos de la administración de nicotina, de acuerdo con Diaz (1997), es un incremento de la tasa cardíaca, presión sanguínea, y vaso constricción. Estos efectos dependen de la rapidez con que se libere la nicotina. En el caso de las terapias de reemplazo, la nicotina se libera lentamente, por lo que se ha demostrado que su uso no tiene consecuencias negativas en la población en general.

Sin embargo, es importante poner especial atención en el caso de personas que presentan enfermedad cardiovascular y mujeres embarazadas ya que las creencias negativas de los fumadores para emplear las terapias de reemplazo radican en este tipo de poblaciones.

Se cree que el monóxido de carbono y otros componentes del cigarro más que la nicotina son los principales agentes que producen enfermedades cardiovasculares y en el caso de las mujeres embarazo, se ha encontrado que la función de la nicotina en las consecuencias negativas es aislado si se compara con otras sustancias que contiene el cigarro en su fase gaseosa y particulada. Fumar durante el embarazo incrementa el riesgo bajo peso de los niños al nacer, mortalidad prenatal y perinatal, aborto espontáneo síndrome infantil de muerte espontánea (Guzmán, Palomero, & Grajales, 1998).

Por lo tanto, específicamente en este tipo de poblaciones también se recomienda emplear las terapias de reemplazo ya que no se han encontrado consecuencias negativas mayores comparadas con las que se tendrían si se continúa con el consumo de cigarros. Es decir, la terapia de reemplazo es mucho más segura que el cigarro por sí mismo, ya que la dosis diaria obtenida por el cigarro típicamente excede a la liberada por las terapias de reemplazo.

De acuerdo con Fagerström (1992), en los años 70's se diseñó el chicle con nicotina como el primer producto de reemplazo con nicotina, con su uso se disminuyen los síntomas de abstinencia como la irritabilidad, tensión y la dificultad para concentrarse ya que proporciona 1mg de los 2mg contenidos en la resina de una sola dosis. El efecto de

la nicotina se logra a través de la mucosa bucal en 30 minutos y su nivel en la sangre se eleva de forma más lenta que el que se obtiene a través del cigarrillo. El chicle con nicotina está contraindicado en pacientes con gastritis o úlcera péptica, al igual que aquellos con angina de pecho o con antecedente de enfermedad coronaria, en mujeres embarazadas y durante la lactancia (Hajek, 1994; González, 2000).

Entre las diversas investigaciones que se han realizado para comprobar la efectividad del chicle para dejar de fumar, tenemos la realizada por Lam, Sze, Sacks y Chalmers (1987) quienes estudiaron a 150 fumadores cuyo tratamiento se basó en la administración de placebo o chicle de 2mg, quienes en un año lograron 23% de éxito en aquellos que utilizaron chicle, en comparación con sólo 13% en los que usaron placebo. En general se ha señalado que el chicle con nicotina es efectivo a través de evaluar su efecto en los síntomas de abstinencia y de la comparación con grupos placebo (Puska, Björkqvist, & Koskela, 1979; Fagerström, 1992), con grupos control y con otros tratamientos en función del porcentaje de abstinencia lograda después de su uso. Otros estudios se han enfocado a la evaluación de la efectividad a partir de la comparación de las dosis (2mg y 4mg), y la comparación de 2 mg y 4mg en fumadores leves, moderados y dependientes (Kornitzer, Kittel, Dramaix & Bourdoux, 1987; Tonnesen, Fryd, Hansen, Helsted, Gunnarsen, Forchhammer & Stockner, en prensa).

El chicle con nicotina ha sido estudiado extensamente concluyendo que:

- La efectividad de los chicles se incrementa cuando los fumadores están motivados
- Cuando el chicle de 2mg se emplea en fumadores leves y moderados, y cuando el chicle de 4mg se emplea en fumadores con dependencia severa, se incrementa su efectividad.
- Las intervenciones intensivas en combinación con el chicle de 2mg tiene mayor efectividad.
- Aún cuando la nicotina que contiene el chicle disminuye la irritabilidad, la tensión y la dificultad para concentrarse, no disminuye la ansiedad, ni la asociación de las sensaciones placenteras que evoca el tabaco y la urgencia por fumar. Por lo anterior, se ha propuesto que el chicle de nicotina utilizado en combinación con terapias conductuales podría incrementar su efectividad (Fagerström, 1992; Brailowsky, 1999; Surgeon General, 2000)

- Tang, Law & Wald (1994) concluyen que el chicle con nicotina es efectivo para dejar de fumar y sugieren que esta eficacia está en función de la dependencia a la nicotina del fumador. Con base a esta revisión de la terapias de reemplazo con nicotina, los autores concluyen que el chicle con 4mg es más efectivo para los fumadores con dependencia severa.
- El chicle combinado con programas conductuales, recomendaciones por parte de un médico y programas intensivos de modificación de conducta han mostrado ser efectivos (Shiffman, Manson & Henningfield, 1998).
- Es importante programar la administración de la dosis seleccionada para una mayor efectividad y manejo adecuado.

Otro de los productos de reemplazo con nicotina es el parche transdérmico, el cual se aprobó en E.U. en 1991. Los parches con nicotina contienen un depósito de nicotina que se disemina por medio de la piel y en el torrente sanguíneo de la persona, en una tasa constante. En general todas las presentaciones que existen de parches están diseñados para liberar aproximadamente .9 mg de nicotina por hora. De las investigaciones realizadas se ha reportado que algunos de los efectos secundarios que se presentan por el empleo del parche son irritación de la piel e insomnio.

Desde su aprobación se han realizado diversos estudios para analizar la efectividad del parche comparado con placebo, se ha concluido que el parche es efectivo para ayudar a dejar de fumar. Sin embargo, se ha cuestionado la efectividad del parche en relación a si al terminar el tratamiento, la abstinencia se mantiene a lo largo del tiempo; si es efectivo con mujeres y con fumadores dependientes y si la efectividad incrementa cuando se combina con un tratamiento adicional.

A partir de estos cuestionamientos, Shiffman, Di Marino & Gorsline (2001) evaluaron la efectividad del parche de 21 mg con fumadores dependientes 6 semanas después de haber terminado el tratamiento. Se encontró que quienes utilizaron el parche fueron tres veces más abstinentes que los del grupo placebo, sin encontrar diferencias significativas por género, es decir, los autores observaron que la efectividad del parche fue igual para hombres y para mujeres.

Algunos autores como Hajek (1994) señalan que el parche no tiene la misma efectividad que el chicle pero para muchos fumadores es una opción viable para dejar de fumar. Por ejemplo, Fox, Welsch, Fiore & Baker (2001) compararon la efectividad del

parche y del chicle. Participaron 27 fumadores usando el parche y 30 fumadores usaron el chicle. Al finalizar el tratamiento, se observó que la eficacia del parche disminuyó conforme transcurría el tiempo mientras que la eficacia del chicle se mantuvo estable.

Otros señalan que el parche con nicotina reduce algunos síntomas de abstinencia como el deseo por los cigarrillos, ansiedad e irritabilidad, pero no ayuda a disminuir otros síntomas como depresión, inquietud y trastornos del sueño (Surgeon General, 2000; Shiffman, Manson, & Henningfield, 1998). Aunque el parche con nicotina reduce la severidad de los síntomas de abstinencia, particularmente el deseo por los cigarrillos, no se han encontrado resultados consistentes en relación a si el parche es el responsable de la disminución de los síntomas.

El spray nasal es otro de los productos de reemplazo con nicotina, el cual fue aprobado en E.U. en 1996, su función es para disminuir los síntomas de abstinencia. La dosis que se administra a través de los orificios nasales es de .5 mg cada vez que el usuario sienta la necesidad de fumar. Aun cuando existen pocas investigaciones sobre su efectividad uno de los supuestos que apoyan su uso y su efectividad es que su absorción es rápida (Hajek, 1994). De las investigaciones realizadas, se han reportado pocos efectos secundarios producidos por el uso del spray entre ellos tenemos flujo nasal, estornudos, garganta irritada, irritación nasal, ojos llorosos, y tos. Además, dado que el spray libera rápidamente la nicotina, algunos autores señalan que el potencial para el uso inapropiado puede ser alta. Una serie de investigaciones han comprobado que ayuda a dejar de fumar, sin embargo, los resultados obtenidos sobre su efectividad aún no han sido comprobado completamente (Surgeon General, 2000).

En el año de 1997 fue aprobado por la FDA de los E.U. otro producto, el inhalador con nicotina, el cual es un tubo de plástico semejante a un cigarrillo que contiene un tapón impregnado con nicotina y mentol suficiente nicotina para inhalar aproximadamente 300 veces. A los usuarios de este producto se les indica que deben inhalar cada vez que sientan la necesidad de fumar como máximo 16 inhalaciones por día. Pocas son las investigaciones que evalúan su efectividad, sin embargo, se ha recomendado como una de las opciones efectivas de reemplazo de nicotina que se tienen para dejar de fumar. Los efectos secundarios comunes asociados con el uso del inhalador son irritación de la

garganta y tos (Hajek, 1994). Se ha señalado que la efectividad del inhalador se basa en el supuesto de que este tratamiento es muy semejante al fumar cigarros, lo que puede llegar a sustituir aspectos sensoriales y conductuales del fumar.

Schneider, Olmstead, Nilson, Mody, Franzon, & Doan (1996) señalan que el inhalador puede ser útil para disminuir los síntomas de abstinencia y mantener la abstinencia solo en los primeros días después de que se suprime el consumo de cigarros, pero intervenciones adicionales deben ser empleadas para ayudar al usuario a prevenir recaídas a largo plazo.

#### **4. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNOSCITIVO CONDUCTUALES**

Se han propuesto diferentes programas de tratamiento de corte conductual, de los cuales pocos han sido los que se reportan como efectivos para mantener el cambio a corto y a largo plazo, algunos programas han reportado ser efectivos solo cuando se combina con algún producto de reemplazo con nicotina. Los supuestos básicos de las intervenciones conductuales y cognoscitivo conductuales son:

- La conducta es aprendida
- Los mismos procesos de aprendizaje que crearon la conducta pueden emplearse para cambiarla
- La conducta es determinada por factores contextuales y ambientales
- Cada usuario es único y se debe ser evaluado de forma individual en un contexto particular
- Se debe realizar una evaluación conductual como parte importante del tratamiento (Carroll, 1999).

Entre los tratamientos propuestos para las personas que quieren dejar de fumar podemos mencionar:

*Técnicas aversivas:* El objetivo principal de la aversión es establecer una respuesta negativa condicionada hacia los cigarros, reduciendo el grado de placer experimentado al fumar o incrementar el grado de sensación desagradable, al menos en un periodo corto de tiempo.

*Choces eléctricos:* La base racional para su uso se fundamentó en el condicionamiento aversivo; se asumía que el asociar el choque eléctrico con el acto de

fumar condiciona que este último sea aversivo. Diferentes estudios sugirieron que este era un método efectivo pues logró reducir el hábito del 30 al 70% de los casos, pero con un alto índice de recaídas a corto plazo (Gutiérrez, 1999).

*Sobresaciedad:* Con esta técnica, los sujetos aumentan drásticamente el consumo de cigarrillos antes de intentar la abstinencia. Se pide a los fumadores que dupliquen o tripliquen la cantidad de cigarrillos que normalmente consumen durante un tiempo específico (Hajek, 1994). Los resultados iniciales parecieron prometedores, sin embargo, las replicas produjeron datos desalentadores. A un año de seguimiento, esta técnica solo proporcionó 15% de éxito. Cuando se combinó con otros componentes, el porcentaje de éxito a un año se aproximó a 50%, pero aún cuando esta técnica representa un estrategia posible de tratamiento, existe en la literatura muy poca evidencia de que se produzca aversión a los cigarrillos (Surgeon General, 2000).

*Fumar rápido:* En esta estrategia se requiere que el fumador inhale profundamente cada seis segundos hasta que sienta náuseas u otros síntomas de intoxicación. En teoría, este condicionamiento aversivo transforma la percepción de fumar del sujeto de una actividad placentera a una actividad no placentera. Las complicaciones médicas que se producen por fumar rápido pueden incluir incremento en la tasa cardiaca, presión sanguínea y en los niveles de carboxihemoglobina así como anomalías al realizarse un electrocardiograma. Por lo tanto los candidatos para emplear esta estrategia deben ser seleccionados cuidadosamente.

En una revisión de la literatura se señala que: 1) aunque la efectividad es variable cuando se emplea sola, dicha estrategia produce aun tasa alta de abstinencia cuando se incorpora en intervenciones conductuales multicomponentes, y 2) es un componente importante auxiliar de un tratamiento (Gutierrez, 1999). Fumar rápido es un intento de producir "respuestas aversivas condicionadas a un estímulo" asociadas con el fumar. Esta técnica produce respuestas de taquicardia a los cigarrillos, y la magnitud de estas repuestas esta directamente relacionadas a los resultados del tratamiento.

*Fumar enfocado:* requiere que el paciente fume por un largo periodo de tiempo mientras se concentra en las sensaciones negativas que produce fumar. No se han encontrado resultados claros de efectividad en relación a tasas de abstinencia a largo plazo.

*Exposición de señalizada:* La técnica de exposición de señalizada, está basada en la premisa de que los fumadores empiezan a condicionar ciertas señales con signos contextuales correlacionados con la conducta de fumar. Cuando las personas que tienen poco tiempo de dejar de fumar y son expuestas a estas señales, ellos son motivados a empezar a fumar de nuevo. En una terapia de exposición de señales, las personas que tratan de dejar de fumar están expuestas repetidamente a estos signos en un contexto terapéutico en el cual fumar está prohibido; el resultado es debilitar la asociación entre fumar y señales previas y con ello reducir la tentación de recaer al estar en un contexto natural.

Estas estrategias pueden ser particularmente efectivas en mujeres, dado que se dice que las mujeres están menos controladas por la nicotina y más influenciadas por otros factores (estímulos sensoriales, factores ambientales) y pueden responder mejor que los hombres a intervenciones conductuales. Estudios realizados reportan resultados poco consistentes, sin embargo, existen pocos estudios que demuestren su efectividad (Hajek, 1994).

*Reducción gradual de la nicotina:* Esta estrategia esta basada en el supuesto de que el síndrome de abstinencia puede disminuir poco a poco por medio de la reducción gradual de la administración de nicotina. El desvanecimiento de la nicotina puede ir acompañado por el cambio progresivo de cajetillas de cigarros que produzcan menos nicotina o por el empleo de una serie de filtros graduados. Una vez que el nivel bajo de nicotina es alcanzado, la cesación se inicia. El desvanecimiento de la nicotina debe ser diferenciado de desvanecimiento del cigarro, en el cual el numero de cigarros fumados por día es gradualmente reducido (Hajek, 1994). En algunas investigaciones se ha encontrado que el desvanecimiento de la nicotina incrementa el éxito de abstinencia independientemente del programa de cesación.

*Reforzamiento motivacional:* Las estrategias que se emplean en el reforzamiento motivacional están basadas en la teoría del condicionamiento operante. Esta estrategia está diseñada para dar razones tangibles e inmediatas para mantener en abstinencia a los fumadores que inician la cesación (por ejemplo mejorar la salud). Cuando esta estrategia se emplea sola, se obtienen resultados efectivos relativamente altos al finalizar el tratamiento sin que se mantengan a largo plazo (Surgeon General, 2000).

*Solución de problemas/ entrenamiento en habilidades:* Varias estrategias tratan de dar a lo fumadores el conocimiento y las habilidades para enfrentar la cesación, es decir, lograr y mantener la abstinencia cuando se confronta con síntomas de abstinencia o tentación a fumar. Esta aproximación surge de la observación sobre la recaída, la cual se asocia con factores como el consumo de alcohol, sentimientos negativos (por ejemplo depresión), y la presencia de otros fumadores.

La solución de problemas/ entrenamiento en habilidades tiene por objetivo ayudar a la persona que recientemente dejó de fumar a anticipar estas situaciones de riesgo y aprender a enfrentarse a ellas cuando se presenten. Tales intervenciones también entrenan a los participantes a enfrentar los síntomas de abstinencia, sustituyendo reforzadores positivos relacionados con el fumar, y realizar otros cambios durante y después del intento de dejar de fumar. Estas intervenciones también ayudan al antiguo fumador a prevenir cualquier recaída. Se le enseña al antiguo fumador a ver las recaídas como parte normal del proceso de dejar de fumar más que un indicador de fracaso.

Otro tipo de solución de problemas/ entrenamiento en habilidades se enfoca a enfrentar sentimientos negativos inmediatos por dejar de fumar. Este tipo de intervenciones se emplean con población general ó con fumadores que tienen una historia de depresión. Se señala que este tipo de intervenciones pueden ser particularmente efectivas en mujeres, para quienes fuman pocos cigarros, quienes fuman cuando se encuentran estresados, y para quienes el fumar no está asociado con sentimientos negativos (Gutiérrez, 1999).

## **5. TRATAMIENTOS COMBINADOS**

A partir de los resultados obtenidos al evaluar la efectividad de los diferentes tratamientos tanto farmacológicos como de reemplazo de nicotina, se pensó que el combinar este tipo de productos con tratamientos conductuales se incrementarían las tasas de abstinencia de los usuarios. En este sentido, Fageström (1992), Research Report Series (1999), y Sansores & Ramírez (2001) señalan que al combinar las terapias de reemplazo con nicotina y técnicas conductuales la efectividad de estos tratamientos se incrementa considerablemente.

Shiffman, Manson, & Henningfield (1998) afirman que el uso de tratamientos con nicotina no constituyen la terapia completa para al cesación, por lo que señalan que

alguna forma de intervención conductual es fundamental en todas las terapias para la dependencia de alguna droga.

Por ejemplo, Hall, Tunstall, Ginsberg, Benowitz, & Jones, (1987), trabajó con 30 fumadores que consumían 30 cigarros por día, formando cuatro grupos: 1) chicle de Polacrilex (2mg) con tratamiento de baja intensidad, 2) placebo con tratamiento de baja intensidad, 3) chicle de Polacrilex (2mg) con tratamiento conductual y 3) placebo con tratamiento conductual.

El tratamiento de baja intensidad (5 sesiones), consistió en completar ejercicios acerca de las principales razones de fumar, lectura de materiales educativos que describían las técnicas para dejar de fumar y las consecuencias de continuar fumando, participación en grupos de discusión y elección de técnicas específicas para dejar de fumar. El tratamiento conductual (14 sesiones) consistió en un entrenamiento en prevención de recaídas, ejercicios para incrementar su disposición para el cambio, un programa de aversión al cigarro (3 cigarros en 6 segundos). Los resultados mostraron que en los grupos de chicle Polacrilex (2mg) con tratamiento de baja intensidad y el grupo chicle de Polacrilex (2mg) con tratamiento conductual, el 50% y el 34% de sujetos respectivamente se mantuvieron en abstinencia después de 13 meses.

Killen, Maccoby, & Taylor (1984) compararon tres grupos de tratamiento (chicle de policrilex con nicotina, entrenamiento en habilidades y combinado) con fumadores dependientes, antes de aplicar los tratamientos todos los sujetos estuvieron por cuatro días en un programa aversivo al fumar. Los resultados mostraron que a las 10 semanas de seguimiento en el grupo de tratamiento combinado (chicle de polacrilex con entrenamiento en habilidades) el porcentaje de abstinencia fue significativamente superior a los grupos de tratamiento chicle de polacrilex y al grupo de entrenamiento en habilidades.

En otro estudio, se comparó el efecto del chicle de polacrilex (2mg) con un régimen fijo y una administración libre combinado con un programa breve conductual de prevención de recaídas (Killen, Fortmann, Newman, & Varady, 1990). Los resultados mostraron que quienes recibieron chicle de polacrilex fue más probable que fueran abstinentes que quienes no lo recibieron en el seguimiento a los 2 y seis meses. El grupo de administración fija del chicle mostró ser más efectivo que la administración libre. El

grupo de administración fija del chicle fue significativamente más probable reportar el empleo de lo aprendido en el programa de prevención de recaídas.

Fortmann, & Killen (1995) compararon el efecto del uso del chicle, el empleo de un programa de prevención de recaídas (basado en la lectura de folletos), incentivos y la combinación del chicle con el programa de prevención de recaídas en fumadores leves y dependientes. La aplicación de dichos tratamientos mostró que el chicle incrementó la abstinencia, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los grupos de tratamiento en prevención de recaídas e incentivos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre fumadores leves y dependientes en el efecto del uso del chicle, sin embargo, en los seguimientos los fumadores dependientes tuvieron una probabilidad significativamente superior a tener una recaída.

De acuerdo a la revisión de los tratamientos señalados y a su efectividad podemos señalar que, con excepción de los chicles con nicotina, los tratamientos de reemplazo con nicotina, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos conductuales no han estudiado su efectividad en usuarios que presentan una dependencia leve ó moderada.

En México se han realizado pocas investigaciones relacionadas con la efectividad de intervenciones para dejar de fumar en usuarios leves y moderados aún cuando de acuerdo a las diferentes encuestas nacionales más del 70% de las personas que reportaron fumar consumen menos de 15 cigarros al día (ENA, 1998), sin embargo, están disponibles el chicle de 2mg y 4mg, el parche transdérmico (parches de 21, 14 y 7 mg de nicotina) y el inhalador (cartuchos de 10mg de nicotina) sin prescripción médica (Sansores & Ramírez, 2001).

De las investigaciones que se han realizado en México ninguna reporta la participación de fumadores leves ó moderados, y se identifican inconsistencias teóricas y metodológicas (ver Sansores, Córdoba, Espinosa, Herrera, & Villalba, 1998; Sansores, & Espinosa, 1999), específicamente:

- Se realizan inicialmente una serie de estudios y evaluaciones médicas y psicológicas. Los estudios médicos tienen como objetivo identificar si el usuario presenta algún daño orgánico y la evaluación psicológica para saber si el usuario tiene algún trastorno psiquiátrico.
- La intervención está diseñada para la persona que decida dejar de fumar, es decir, al aplicar la intervención no se consideran datos como el patrón de consumo inicial,

nivel de dependencia, etc. Para desarrollar intervenciones costo-efectivas de acuerdo a la severidad de problema se ha desarrollado el Modelo de Atención Escalonada (Abrams, Clark & King, 1999; Sobell & Sobell, 2000). Dicho modelo se caracteriza por: a) emplear intervenciones intensivas solo cuando se identifican problemas severos relacionados con el consumo, es decir, no se deben aplicar técnicas innecesarias, b) aplicar tratamientos individualizados, y c) seleccionar tratamientos consistentes con la investigación contemporánea. Por otro lado, se plantea que la decisión de continuar ó suspender una intervención depende del cambio en el comportamiento adictivo del usuario y que este cambio cuente con apoyo empírico.

- Se combinan técnicas conductuales con principios de los programas de auto-ayuda y conceptos psicoanalíticos, definiendo a la conducta de fumar como una enfermedad progresiva e incurable (Sansores, & Espinosa, 1999).
- A los usuarios se les enseña a identificar situaciones de riesgo pero no se les enseñan habilidades específicas de enfrentamiento para dichas situaciones (ver Marlatt & Paks, 1982). Al no enseñar habilidades específicas, se ha comprobado que, se corre el riesgo de que durante ó al finalizar la intervención el usuario tenga una recaída y suspenda la intervención regresando al patrón de consumo inicial.
- Se emplean registros diarios de consumo sin realizar una retroalimentación individualizada del mismo y la meta de tratamiento está establecida por el terapeuta. Carroll (1999) señala que uno de los principios esenciales de las intervenciones cognitivo conductuales para comportamientos adictivos, es la individualización de los tratamientos para cada usuario y las metas del tratamiento deben reflejar el proceso colaborativo entre el usuario y el terapeuta, lo que permite que el usuario se mantenga en la intervención y motive al usuario a realizar y mantener un cambio en el comportamiento adictivo.
- La técnica empleada para evitar la ocurrencia de una recaída es formar un club de fumadores, posterior a la intervención, para realizar reuniones de "exfumadores" que tienen como objetivo hacer "reflexiones" sobre el cambio realizado de su consumo. Se ha demostrado consistentemente que el modelo de prevención de recaídas (Annis, 1990; Annis & Davis, 1991; Marlatt & Parks, 1982) es efectivo

para mantener el cambio de la conducta de consumo del usuario durante y después de la intervención. Estos resultados están relacionados con las estrategias empleadas, ya que están diseñadas para enseñar al usuario un modelo de solución de problemas que se puede aplicar a cualquier situación y ayudar al cliente a elevar su confianza de ser capaz de enfrentar con éxito las situaciones de riesgo de consumo excesivo. Pero principalmente el usuario aprende conceptualizar a la recaída como parte de un proceso de cambio y no como un fracaso ó un comportamiento adictivo que nunca podrá cambiar.

Se han desarrollado y evaluado una serie de intervenciones motivacionales de corte breve, primeramente para bebedores problema y fumadores con dependencia baja y moderada y, posteriormente se han obtenido resultados efectivos con usuarios de marihuana y opiáceos con problemas serios relacionados con el uso de la sustancia (Miller, 1999).

Específicamente en México, se han desarrollado un serie de investigaciones relacionadas a la aplicación de intervenciones de corte breve que se caracterizan por utilizar técnicas auto- control, modelo de prevención de recaídas, entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991) con bebedores problema (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997), con usuarios de cocaína (Oropeza y Ayala, 2001) y adolescentes que inician el consumo de drogas (Martínez y Ayala 2001). Estas investigaciones han demostrado tener efectos específicos en el patrón de consumo en usuarios que aún no presentan una dependencia severa aunado a un incremento en la confianza situacional para controlar episodios de consumo excesivo.

De tal forma el objetivo del presente proyecto es desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para la adicción a la nicotina que incida en el patrón de consumo de los usuarios. Esta intervención se caracteriza por ser breve, emplear técnicas de auto- control, análisis funcional de la conducta de fumar, y la identificación de situaciones de riesgo para promover un cambio en la conducta de fumar.

## METODO

*Participantes:* Participaron 10 sujetos (6 Hombres y 4 mujeres) de entre 19 y 55 años de edad (ver Tabla.1) que se presentaron en el "Centro de Servicios Psicológicos" de la Facultad de Psicología UNAM, para llenar la "Ficha de admisión" señalando que el motivo de consulta era por el consumo de tabaco.

Tabla. 1.  
*Características de los sujetos participantes*

| Participante | Edad | Genero | Nivel escolar | Cuestionario de Fagerström | Intentos anteriores para dejar de fumar |
|--------------|------|--------|---------------|----------------------------|---|
| 1            | 21   | M      | Licenciatura  | 3                          | 2                                       |
| 2            | 55   | F      | Maestría      | 3                          | 3                                       |
| 3            | 22   | F      | Licenciatura  | 5                          | 6                                       |
| 4            | 22   | F      | Licenciatura  | 3                          | 4                                       |
| 5            | 22   | M      | Licenciatura  | 5                          | 0                                       |
| 6            | 26   | M      | Licenciatura  | 6*                         | 2                                       |
| 7            | 43   | M      | Primaria      | 7*                         | 1                                       |
| 8            | 41   | M      | Secundaria    | 4                          | 2                                       |
| 9            | 21   | M      | Licenciatura  | 5                          | 2                                       |
| 10           | 19   | F      | Licenciatura  | 7*                         | 2                                       |

\*indica una dependencia a la nicotina de acuerdo al cuestionario de Fagerström

*Criterios de inclusión:* Participaron los sujetos que reportaron saber leer y escribir, no estar tomando algún medicamento por prescripción médica o por auto-medicación, no presentar alguna enfermedad (hipertensión, no haber presentado en el último mes dolor de pecho, no tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer) sin trastornos psiquiátricos, y que el usuario reporte estar de acuerdo con lo planteado en el formato de "Consentimiento Informado" (ver Anexo 1).

### *Instrumentos:*

- *Ficha de admisión:* Con este instrumento la Coordinación del Centro de Servicios Psicológicos canaliza a los usuarios a cada uno de los servicios, en este

instrumento se recopilan datos como nombre, edad, teléfono, escolaridad y motivo de consulta.

- Cuestionario de Pre- Selección: El objetivo es conocer si el usuario cubre los criterios de inclusión para participar en el programa como la presencia de alguna enfermedad que requiera atención médica (ver anexo 2).
- Consentimiento Informado: Su objetivo es explicar las características de la intervención (número de sesiones, duración, etc.) e informarle al usuario que la intervención forma parte de un proyecto de investigación (ver anexo 1).
- Entrevista inicial (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998): El objetivo de la entrevista inicial es obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y drogas (ver anexo 3).
- Cuestionario de Tolerancia para Fumadores de Fagerström (INER, 1999 en Secretaría de Salud, 2000): el objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con: frecuencia de consumo (número de cigarros por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarro de la mañana y control del consumo (ver anexo 4).
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998): El objetivo es obtener una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo ó con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0 % (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar (ver anexo 5).
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Su objetivo es conocer el patrón de consumo en función de número total de días de consumo, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo y de consumo excesivo en los últimos 60 días. Se aplica por un entrevistador con una serie de apoyos para ayudar a las personas a recordar su consumo diario como: calendario, días festivos, días de abstinencia y de consumo (ver anexo 6).

- Auto- Monitoreo para fumadores: El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalar situaciones de consumo y hora de consumo durante y después de la aplicación del programa (ver anexo 7).
- Folleto No. 1 "*Información general*": el objetivo es proporcionar al usuario información general sobre el consumo de tabaco a través de plantear preguntas y respuestas generales sobre la supresión del cigarro (ver anexo 8).
- Folleto No. 2 "*Identificación de situaciones de riesgo*". El objetivo es que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo de tabaco y consecuencias a corto y a largo plazo (ver anexo 8).
- Folleto No. 3 "*Desarrollo de planes de acción*": El objetivo es que el usuario plantee opciones y desarrolle planes de acción para las situaciones de riesgo identificadas (ver anexo 8).

### *Procedimiento*

Los usuarios que completaron la Ficha de admisión fueron contactados para acordar una cita para la sesión de admisión en la cual se aplicó una serie de instrumentos que permitieron conocer si el usuario cubría los criterios de inclusión, se le explicó la estructura del programa y objetivos.

Después de seleccionados los participantes se aplicó individualmente el "programa de auto cambio dirigido para fumadores" el cual se caracteriza por ser una intervención breve que utiliza retroalimentación personalizada, técnicas de la entrevista motivacional, balance decisional, metas auto- seleccionadas, auto- monitoreo, lecturas breves y tareas (ver anexo 9). Todos los usuarios fueron expuestos a seis sesiones y un seguimiento al mes, las cuales se describen a continuación:

1ª. Sesión: se realizó la admisión al programa el cual tiene por objetivo explicar al usuario las características del programa, conocer patrón de consumo y problemas relacionados al uso del tabaco.

2ª. Sesión: Se aplicaron diferentes instrumentos con el objetivo de conocer el patrón de consumo del usuario (LIBARE), las situaciones de consumo (CBCS), historia de consumo de drogas y datos sociodemográficos (Entrevista inicial), se entregó auto-monitoreo.

3ª. Sesión. Se presentaron los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión anterior, realizó un balance decisional y se estableció una meta de consumo.

4ª. Sesión. Se identificaron situaciones que precipitan el consumo de tabaco y se realiza un análisis funcional de su conducta.

5ª. Sesión. Se le presenta un programa general de solución de problemas en donde el usuario describió tres opciones para cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles.

6ª. Sesión. Resumen de las sesiones anteriores y planes de acción para el siguiente mes.

Seguimiento al mes:

Revisión de los planes de acción plateados en relación a su efectividad, corrección y planes de acción nuevos.

### RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos inicialmente los relacionados con el Cuestionario Breve de Confianza situacional y posteriormente los relacionados al patrón de consumo.

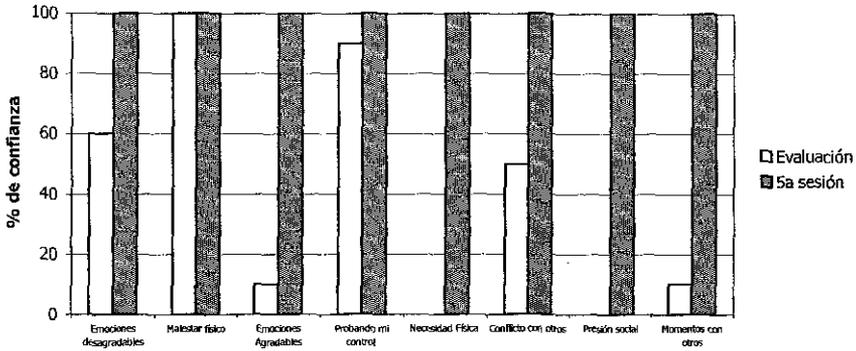


Figura 1. Muestran el porcentaje de confianza reportada por el usuario 1 para poder resistir la tentación de fumar obtenidas de la aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Antes de la intervención el usuario 1 reportó no tener confianza para poder resistir la tentación de fumar cuando se involucran situaciones como necesidad física (0%), presión social (0%), emociones agradables (10%) y momentos agradables con otros (10%) y, con un porcentaje mayor de confianza para poder resistir la tentación de fumar se encuentran la situaciones emociones desagradables (60%) y conflicto con otros (50%). En la cuarta sesión el usuario reportó tener en todas las situaciones un 100% de confianza de poder resistir la tentación de fumar (ver figura 1).

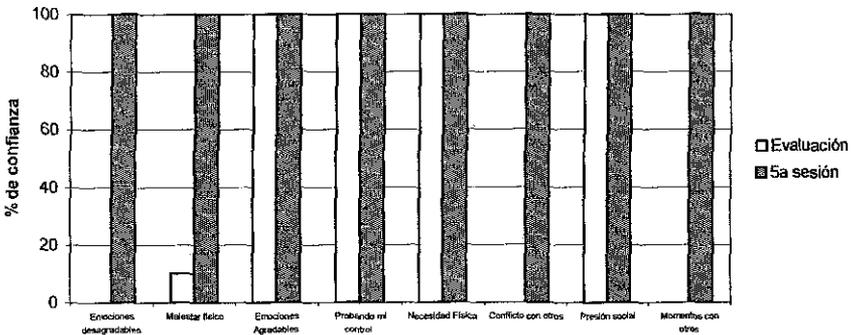
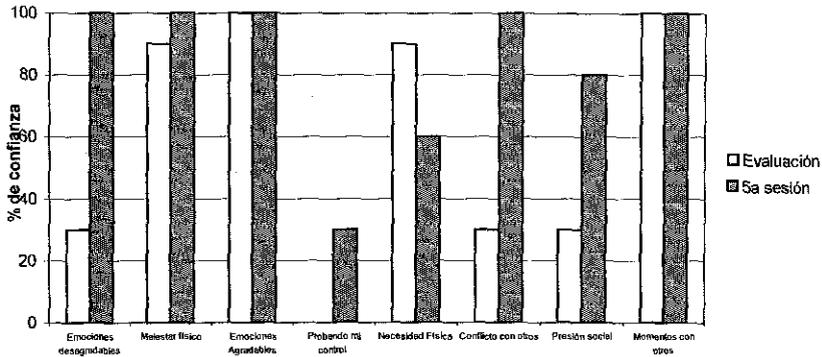


Figura 2. Los porcentajes muestran el grado de confianza para poder resistir la tentación de fumar obtenidas de la aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional antes y después de la intervención del usuario 2.



Como se puede ver en la figura 2, las situaciones en las que el usuario 2 reportó antes de la intervención no tener confianza para poder resistir la tentación de fumar son emociones desagradables (0%), conflicto con otros (0%), momentos agradables con otros (0%) y malestar físico (10%); en la segunda aplicación el usuario reportó tener en ese momento el 100% de confianza de poder resistir la tentación de fumar en todas las situaciones.

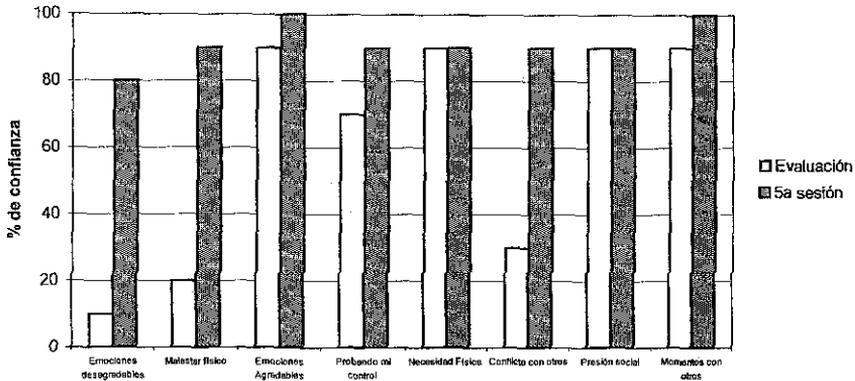


**Figura 3.** Se muestran los porcentajes de confianza para poder resistir la tentación de fumar del usuario 3, antes y después de la intervención.

El usuario 3 (ver Figura 3) reportó antes de la intervención que sus situaciones de riesgo eran probando mi control (0%), emociones desagradables (30%), conflicto con otros (30%) y presión social (30%). Es decir, en estas situaciones tenía nada ó poca confianza para poder resistir la tentación de fumar.

En la segunda aplicación el usuario 3 reportó que en las situaciones conflicto con otros y emociones desagradables su confianza había incrementado a 100%, para la situación de probando control el porcentaje de confianza incrementó a 30% y presión social incrementó a 60%. Sin embargo, en la situación de necesidad física el usuario reportó un decremento en su confianza para poder resistir la tentación de fumar de 90% a 60%.

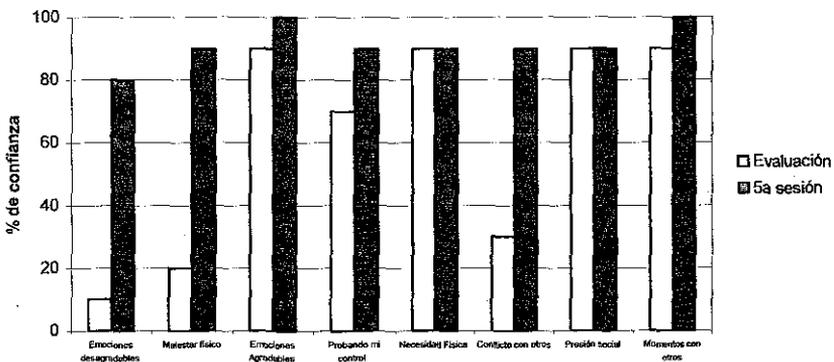
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 4.** Se muestran los porcentajes reportados antes y después de la intervención de la confianza del usuario 4 de poder resistir la tentación de fumar obtenidos a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

En la figura 4 se muestran los porcentajes de confianza para poder resistir la tentación de fumar para el usuario 4, en la situación necesidad física hubo un incremento de la primera a la segunda aplicación de la confianza situacional (0% a 50%). En la situación momentos agradables con otros el usuario reportó un incremento, de 10% en la primera aplicación y en la segunda de 30%. En la situación emociones desagradables la confianza que reportó el usuario en la primera aplicación fue de 50% y en la segunda aplicación incrementó a un 100%. En la situación de malestar físico la confianza del usuario se incrementó de 40% en la primera aplicación a 100% para la segunda aplicación.

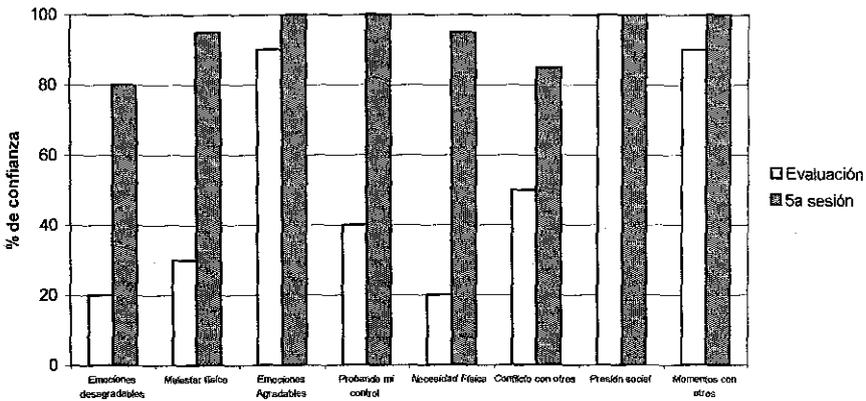
En las situaciones emociones agradables (de 90% a 60%) y probando mi control (de 60% a 0%) hubo una disminución en la confianza para poder resistir la tentación de fumar.



**Figura 5.** Se muestran los porcentajes de confianza obtenidos a partir de la aplicación antes y después de la intervención del Cuestionario Breve de Confianza Situacional del usuario 5.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los porcentajes reportados en situaciones consideradas por el usuario 5 como de riesgo (ver figura 5) muestran un incremento en la confianza para poder resistir la tentación de fumar, específicamente en emociones desagradables (de 10% a 80%), malestar físico (de 20 a 90) y conflicto con otros (de 30% a 90%). En las situaciones emociones agradables (de 90% a 100%), probando mi control (de 70% a 90%), necesidad físico (90% en la primera y segunda aplicación), presión social (90% en la primera y segunda aplicación) y momentos agradables con otros (de 90% a 100%), el incremento no fue tan notable ya que inicialmente el usuario reportaba tener una confianza alta para poder resistir la tentación de fumar.



**Figura 6.** Se muestran los porcentajes de confianza del usuario 6 obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional antes y después de la intervención.

Las situaciones de riesgo reportados por el usuario 6 mostraron incremento de la primera aplicación a la segunda, esto es, el porcentaje de confianza para poder resistir la tentación de fumar en las situaciones relacionadas con emociones desagradables (de 20% a 80%), malestar físico (de 30% a 95%), probando mi control (de 40% a 100%), necesidad física (de 20% a 95%) y conflicto con otros (de 50% a 85%) incrementó en la segunda aplicación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

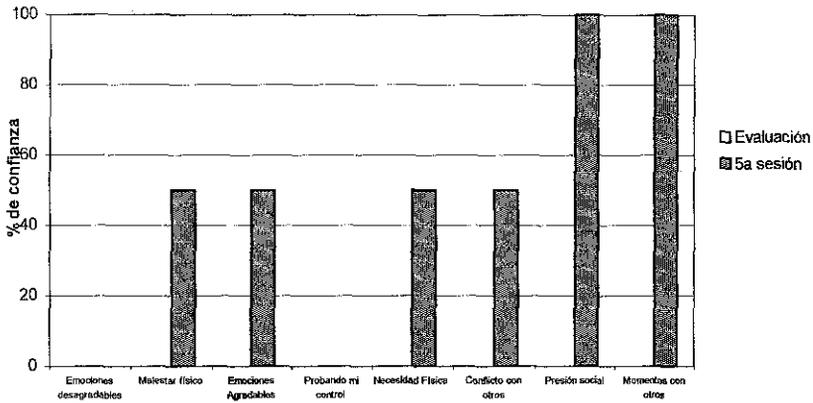


Figura 7. Muestran los porcentajes de confianza para poder resistir la tentación de fumar en las situaciones señaladas antes y después de la intervención.

El usuario 7 reportó en la primera aplicación, no tener confianza (0%) en todas las situaciones que constituyen el Cuestionario Breve de Confianza Situacional. En la segunda aplicación se incrementó a un 50% la confianza para poder resistir la tentación de fumar en las situaciones relacionadas con malestar físico, emociones agradables, necesidad física y conflicto con otros; y a un 100% las situaciones relacionadas con presión social y momentos agradables con otros.

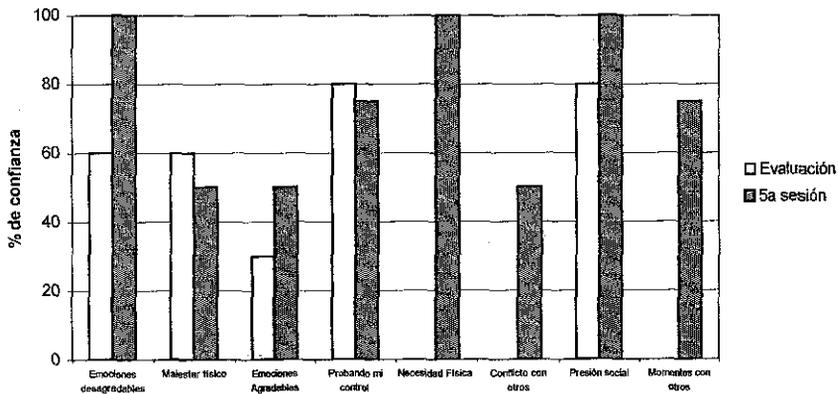


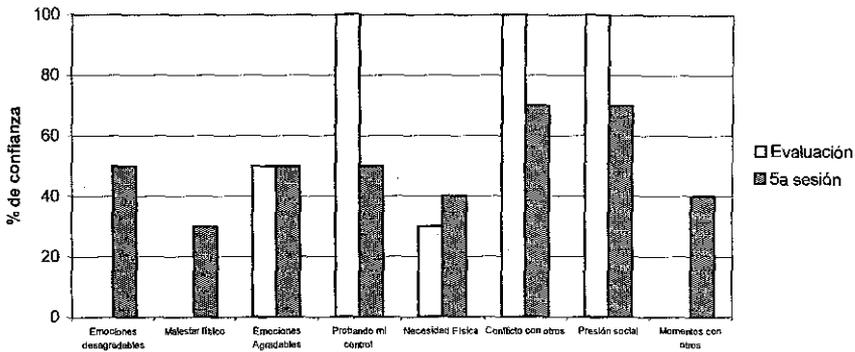
Figura 8. Los porcentajes muestran el grado de confianza que tiene el usuario 8 para poder resistir la tentación de fumar en situaciones específicas antes y después de la intervención obtenidas a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Las situaciones principales de riesgo para el usuario 8 incrementaron (ver figura 8) después de la intervención, es decir, la situación relacionada con necesidad física (de 0%



a 100%), conflicto con otros ( de 0% a 50%) y momentos agradables con otros (de 0% a 75%) incrementó al finalizar la aplicación de la intervención. En las situaciones relacionadas con emociones desagradables, emociones agradables y presión social se incrementó de 60% a 100%, de 30% a 50% y de 80% a 100% respectivamente.

En situaciones relacionadas con malestar físico y probando mi control el porcentaje de confianza disminuyó ligeramente, la primera de 60% a 50% y la segunda de 80% a 75% de confianza para poder resistir a tentación de fumar.

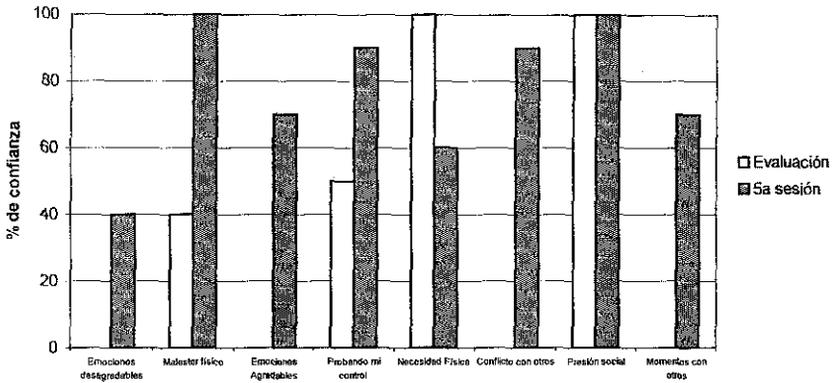


**Figura 9.** Muestra el porcentaje de confianza antes y después de la intervención obtenidos a partir de Cuestionario Breve de Confianza Situacional del usuario 9.

En la Figura 9 se muestra que en las situaciones principales de riesgo reportadas inicialmente por el usuario 9 incrementaron, es decir, la situación relacionada con emociones desagradables incrementó de 0% a 100% de confianza, malestar físico de 0% a 30% de confianza y momentos agradables con otros de 0% a 40% de confianza.

En relación a situaciones que inicialmente se reportaban como situaciones con una confianza alta en la segunda aplicación se reporta una disminución, específicamente en probando mi control de 100% a 50%, conflictos con otros y presión social de 100% a 70% de confianza.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

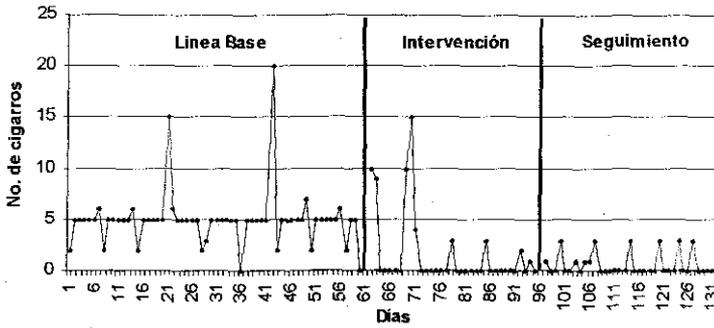


**Figura 10.** El porcentaje muestra el grado de confianza situacional para poder resistir la tentación de fumar reportados por el usuario 10 antes y después de la intervención, a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

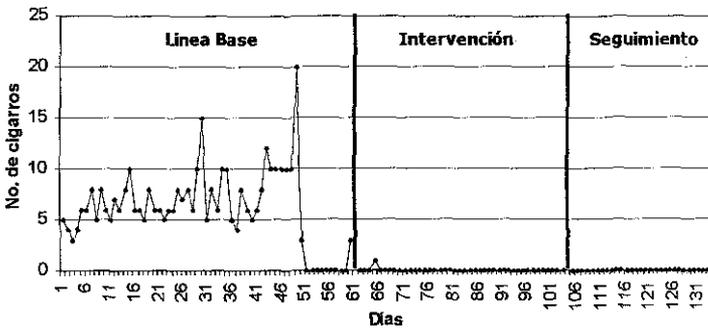
El usuario 9 identificó en la primera aplicación como situaciones principales de riesgo con 0% de confianza y en la segunda aplicación con un incremento, situaciones relacionadas con emociones desagradables con 40% de confianza, emociones agradables con 70% de confianza, conflicto con otros 90% y momento agradables con otros con 70% de confianza para poder resistir la tentación de fumar en las situaciones antes mencionadas.

A continuación se describen los resultados de cada sujeto relacionados con el patrón de consumo en cada una de las fases de investigación, es decir, línea base, intervención y seguimiento.

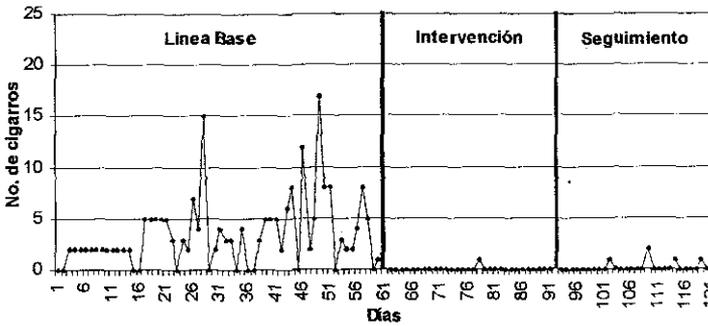
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Usuario 1



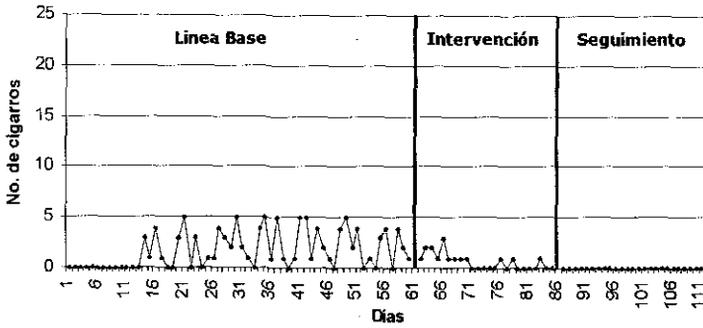
Usuario 2



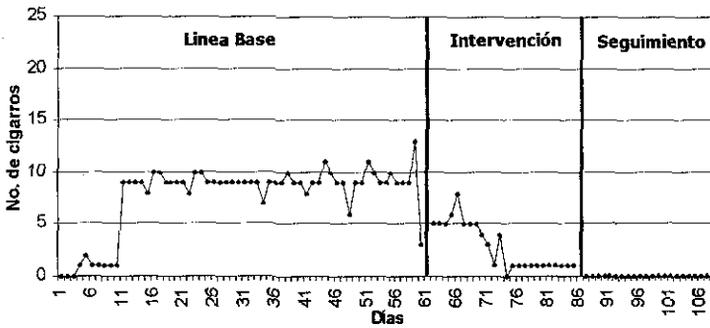
Usuario 3

**Figura 11.** Se muestra el patrón de consumo en función del número de cigarrillos registrados antes de la intervención a partir de la línea base retrospectiva, durante la intervención obtenida por medio del auto monitoreo y en el seguimiento de los usuarios 1, 2 y 3.

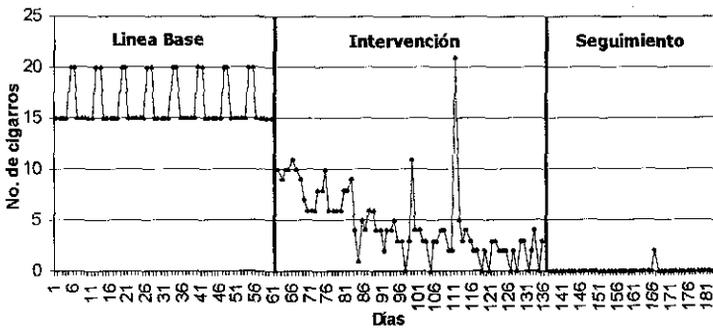
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Usuario 4



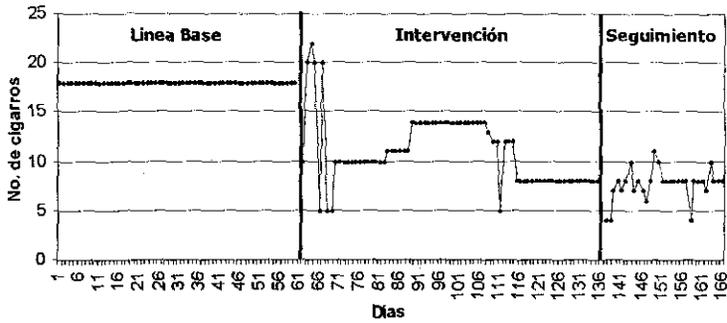
Usuario 5



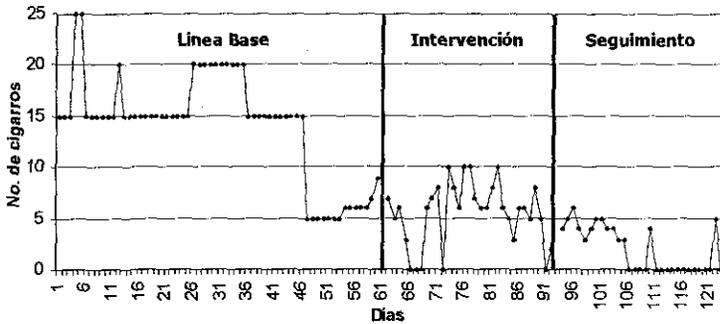
Usuario 6

**Figura 12.** Se muestra el patrón de consumo en función del número de cigarrillos registrados antes de la intervención a partir de la línea base retrospectiva, durante la intervención obtenida por medio del auto monitoreo y en el seguimiento de los usuarios 4, 5 y 6.

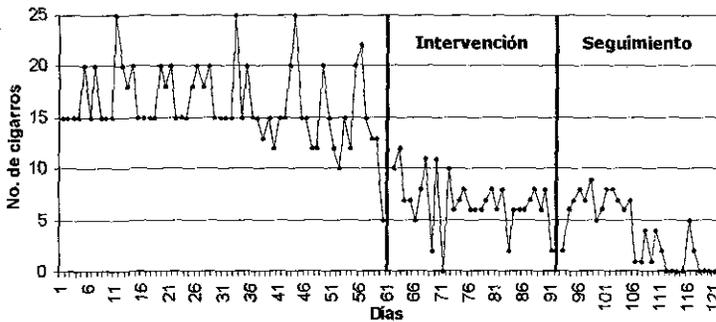
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Usuario 7



Usuario 8



Usuario 9

**Figura 13.** Se muestra el patrón de consumo en función del número de cigarrillos consumidos por los usuarios de los usuarios 7, 8 y 9 durante la línea base, la intervención y la fase de seguimiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El número de cigarros registrados en la línea base del usuario 1 se muestran en la Figura 11, el cual consumía de 5 a 7 cigarros por día. Este patrón de consumo disminuyó en la fase de intervención a tres cigarros por día, en esta fase se observa un recaída que registro 15 cigarros. En el seguimiento el patrón de consumo disminuyó a un cigarro por día. El porcentaje de abstinencia en este usuario se elevó considerablemente, esto es, en la fase de línea base el porcentaje de abstinencia fue de 3% elevándose durante la intervención y seguimiento a un 71%.

El patrón de consumo del usuario 2 disminuyó notablemente (ver Figura 11), ya que en la línea base se registró que su consumo era alrededor de 10 cigarros por día. En la fase de intervención sólo se registro el consumo de un cigarro y después no hubo consumo y este patrón se mantuvo durante el seguimiento. Lo anterior mostró que el porcentaje en abstinencia incrementó del 15% al 100% durante la fase de intervención y seguimiento.

El patrón de consumo registrado en el usuario 3 mostró que después de la intervención el número de cigarros por día disminuyó, específicamente se observa que al día se consumían alrededor de 8 cigarros y para la fase de intervención se registro solo un día de consumo de un cigarro. Para la fase de intervención se registraron 4 días de consumo con 1 ó dos cigarros. El porcentaje de abstinencia mostrado en las fases de intervención se elevaron con respecto a la línea base, es decir, de 22% en línea base a 98% en la fase de intervención y 86% para la fase de seguimiento.

Al igual que en los resultados anteriores, el patrón de consumo del usuario 4 disminuyó en las fases de intervención y seguimiento (ver figura 12). Esto es, en la línea base el usuario consumía de 4 a 5 cigarros al día, en la fase de intervención el consumo fue de 1 a 2 cigarros y para la fase de seguimiento se registró una abstinencia total.

En relación al patrón de consumo registrado en la línea base para el usuario 5 (ver figura 12) iba de 8 a 10 cigarros por día, para la fase de intervención disminuyó de 1 a 4 cigarros y para la fase de seguimiento se mantuvo la abstinencia.

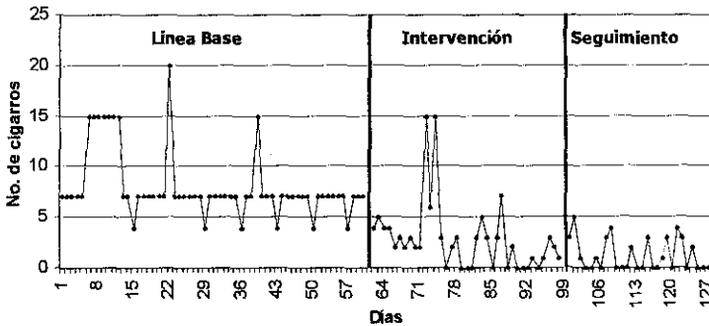
El numero de cigarros registrados en el usuario 6 (ver figura 12) fue disminuyendo en las diferentes fases; en la línea base el consumo fue de 16 a 18 cigarros por día, para la fase de intervención este patrón de consumo fue disminuyendo con días de abstinencia, el consumo en esta fase fue de 3 a 8 cigarros presentando una recaída con 20 cigarros de consumo. Para la fase de seguimiento el usuario 6 consumió dos en días dos 2 cigarros. Semejante a lo que ocurrió en el patrón de consumo de los usuarios anteriores el

porcentaje de abstinencia fue incrementándose, de 0% en la línea base, 11% en la fase de intervención y 96% en la fase de seguimiento.

En el caso del usuario 7 (ver figura 13) el número de cigarros disminuyó ligeramente, manteniéndose este patrón de consumo hasta el seguimiento. En la fase de línea base el usuario número de cigarros al día fue de 18 cigarros, para la fase el número de cigarros fue de 10 a 15 cigarros y para la fase seguimiento el consumo fue de 10 cigarros al día. En todas las sesiones no se registraron días de abstinencia.

El consumo del usuario 8 disminuyó con respecto a la línea base como se puede observar en la figura 13, registrando en la fase de línea base un consumo que va de 4 a 15 cigarros, para la fase de intervención se registraron días de abstinencia y en días de consumo el número de cigarros fue de 6 a 10 cigarros. En la fase de seguimiento se registraron un número mayor de días de abstinencia y en días de consumo el número de cigarros fue de 3 a 6 cigarros.

En consumo de cigarros del usuario 9 disminuyó de la línea base a la fase de intervención y seguimiento, elevándose ligeramente el porcentaje de abstinencia en la fase de seguimiento (ver figura 13). El consumo de cigarros en la línea fue de 10 a 25 cigarros sin registro de días de abstinencia, para la fase de intervención este patrón de consumo disminuyó de 12 a 5 cigarros, para la fase de seguimiento el número de cigarros se registro de 10 a 2 cigarros con un número mayor de días de abstinencia.



**Usuario 10**

**Figura 14.** Se muestra el patrón de consumo en función del número de cigarros consumidos por los usuarios del usuario 10 durante la línea base, la intervención y la fase de seguimiento.

En el usuario 10, el número de cigarros disminuyó ligeramente de la fase de línea base a las fases de intervención y seguimiento, y se incrementó el número de días de abstinencia.

Esto es, el número de cigarros registrados en la línea base fue de 4 a 7 cigarros, para la fase de intervención se registraron dos recaídas con consumos de 15 cigarros y los registros subsecuentes se registró un consumo de 1 a 7 cigarros con pocos días de abstinencia. Para la fase de seguimiento, el número de cigarros se mantuvo de uno a cinco cigarros incrementándose ligeramente el número de días en abstinencia (ver figura 14).

## DISCUSIÓN

A partir de la aplicación del programa de intervención breve para fumadores con niveles bajos y medios de dependencia se observó que tiene efectos específicos en el patrón de consumo, estos efectos se reflejan en el número días en que permanecían abstemios y en el mantenimiento un mes después de la intervención, al mismo tiempo hubo un incremento en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo.

Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos de la aplicación de intervenciones breves en otros países (Annis, Sobell, Ayala, Rybakowski, Sandahl, Saunders, Thomas, & Ziolkowski (1996), pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema (Ayala, Echeverria, Sobell & Sobell, 1997), usuarios de cocaína (Oropeza y Ayala, 2001) y adolescentes que inician el consumo de drogas (Martínez y Ayala, 2001).

Específicamente las tendencias observadas en relación a la confianza para poder afrontar situaciones de riesgo reportadas por los usuarios antes y al finalizar la

Esto es, el número de cigarros registrados en la línea base fue de 4 a 7 cigarros, para la fase de intervención se registraron dos recaídas con consumos de 15 cigarros y los registros subsecuentes se registró un consumo de 1 a 7 cigarros con pocos días de abstinencia. Para la fase de seguimiento, el número de cigarros se mantuvo de uno a cinco cigarros incrementándose ligeramente el número de días en abstinencia (ver figura 14).

## DISCUSIÓN

A partir de la aplicación del programa de intervención breve para fumadores con niveles bajos y medios de dependencia se observó que tiene efectos específicos en el patrón de consumo, estos efectos se reflejan en el número días en que permanecían abstemios y en el mantenimiento un mes después de la intervención, al mismo tiempo hubo un incremento en el nivel de confianza para controlar el consumo en situaciones específicas de riesgo.

Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos de la aplicación de intervenciones breves en otros países (Annis, Sobell, Ayala, Rybakowski, Sandahl, Saunders, Thomas, & Ziolkowski (1996), pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema (Ayala, Echeverria, Sobell & Sobell, 1997), usuarios de cocaína (Oropeza y Ayala, 2001) y adolescentes que inician el consumo de drogas (Martínez y Ayala, 2001).

Específicamente las tendencias observadas en relación a la confianza para poder afrontar situaciones de riesgo reportadas por los usuarios antes y al finalizar la

intervención, concuerdan con lo señalado con Annis, & Davis (1991), quienes explican la importancia de identificar el perfil del usuario en las diferentes situaciones presentadas al usuario para poder predecir si la intervención tendrá efectividad. Es decir, la tendencia en relación a los usuarios con dependencia leve y moderada fue de un perfil diferenciado, esto es, se pudieron identificar áreas específicas de riesgo. Al identificar áreas específicas de riesgo, se ha demostrado que una intervención breve dirigida a fumadores leves y moderados tiene resultados positivos (Annis, & Davis, 1991).

En los usuarios con dependencia severa el patrón de consumo cambió, es decir, se incrementaron los días de abstinencia y en los días de consumo el número de cigarros decreció en relación a la línea base sin llegar a la abstinencia total. Sin embargo, dichos usuarios no aceptaron emplear algún producto sustitutivo con nicotina ya que los usuarios señalaban tener miedo por los posibles efectos secundarios. El temor principal reportado fue el tener un infarto por el empleo de este tipo de productos, esto concuerda con lo reportado en diversas investigaciones, donde se ha señalado que este tipo de mitos ha obstaculizado la diseminación principalmente del parche, por lo que la información sobre el uso adecuado y las posibles consecuencias es necesario y de esta forma se podría evaluar la efectividad del programa de auto-cambio dirigido para fumadores combinado con terapias de reemplazo como parche y chicle con nicotina en personas que presentan una dependencia severa a la nicotina (Shiffman, Manson, y Henningfield, 1998). Una opción que se ha considerado en los últimos años, a partir de la poca efectividad obtenida por los diferentes tratamientos desarrollados, es la reducción al daño. La reducción al daño es una política para decrementar el daño real y potencial asociado con el uso de la droga en personas que estén interesadas o no en dejar de fumar, más que intentar detener el uso de la droga. En este tipo de estrategias se emplean métodos para decrementar el número de cigarros por día como reducción jerárquica ó el incremento del intervalo entre cigarros (Shiffman, Manson, & Henningfield, 1998; Riggs, Hughes & Pillitteri, 2001). Esta opción ha sido planteada como la última y única que se tiene para aplicar a las personas que fuman independientemente de que quieran o no dejar de fumar.

Sin embargo, esta opción no sería considerada si se pusiera atención al modelo de atención escalonada, el cual señala que el tratamiento aplicado dependerá de las características del sujeto y la respuesta del sujeto al tratamiento elegido (Abrams, Clark, & King, 1999; Sobell, & Sobell, 2000). Es decir, el tratamiento elegido será a partir de conocer las características del fumador (nivel de dependencia a la nicotina, habilidades de enfrentamiento en situaciones de riesgo, interés en dejar de fumar, intentos anteriores para dejar de fumar, apoyo social, sociodemográficas). De esta forma se pretende desarrollar intervenciones que tengan impacto, con buenos resultados y que sean costo – efectivos. Básicamente el Modelo de Atención escalonada plantea conocer inicialmente las características de los fumadores, elegir una intervención que tenga sustento empírico y en el caso de que los resultados de esa intervención no resulten positivos para ese usuario se debe incrementar la intensidad de la atención (ver figura 13) .



Figura 13. Representa el Modelo de Atención Escalonada presentado por Sobell y Sobell (2000).

En general, en muchos países y específicamente en México las aproximaciones en salud pública para el control del tabaco están generalmente enfocadas a una larga escala de intervenciones de baja intensidad tal como campañas en los medios de comunicación, folletos de auto-ayuda y terapias sustitutivas con nicotina con el supuesto de que este tipo de estrategias tienen mayor alcance y son costo efectivas. La realidad es que intervenciones de baja intensidad como campañas y folletos no han demostrado tener un efecto positivo en el consumo de tabaco. En relación a las terapias farmacológicas, se han encontrado resultados inconsistentes en relación a su efectividad. Sin embargo, es importante señalar que la efectividad varía en función del nivel de dependencia del

fumador, es decir no se puede aplicar indiscriminadamente el parche con nicotina, lo cual apoyaría los supuestos que sustentan el modelo de atención escalonada. Entre las limitaciones que se encontraron en la presente investigación fueron la falta de instrumentos validados para evaluar la dependencia a la nicotina, la disposición para el cambio e instrumentos que permitan realizar estudios comparativos lo cual, impide el progreso hacia el desarrollo de intervenciones costo-efectivas. Shadel, Shiffman, Niaura, Nichter y Abrams (2000) señalan que la falta de instrumentos que permitan realizar estudios comparativos sobre la efectividad de diferentes intervenciones es por la falta de consenso sobre la definición del concepto de dependencia a la nicotina ya que algunos la entienden como física y conductual y otros solo la consideran como física exclusivamente, evaluándola a partir del grado en que la nicotina controla la conducta, de la severidad de los síntomas de abstinencia, la dosis auto administrada diariamente, etc. Otra de las limitaciones fue contactar a fumadores con dependencia baja y media que quisieran dejar de fumar, ya que generalmente las personas que desean dejar de fumar son personas que ya presentan alguna enfermedad, han recibido un aviso preventivo del médico y/o presentan una dependencia severa a la nicotina, investigaciones futuras estarían dirigidas a buscar estrategias para motivar a fumadores que aún no presentan una dependencia severa a tomar el programa que en esta investigación se propone. Un punto importante y necesario para darle mayor validez y confiabilidad a un programa para fumadores como el que se presenta en este trabajo es realizar seguimientos que muestren a largo plazo el mantenimiento de la conducta (Pomerleau, 1981). Una propuesta para replicas de esta investigación es realizar seguimientos a 6 meses, a un año y a los dos para observar si se mantiene los resultados obtenidos después de la intervención y al mismo tiempo realizar estudios comparativos en relación a estudios donde participaron fumadores leves y moderados empleando chicle con nicotina (ver Fagerström, 1992). Las técnicas empleadas, como resultados de marcadores biológicos, para incrementar la motivación para el cambio permiten retroalimentar al usuario los cambios que se presentan a partir de la supresión de alguna droga (Miller, & Rollnick, 1991). Emplear en futuras investigaciones indicadores biológicos de consumo como una técnica que ayude en la retroalimentación del usuario respecto a su consumo inicial, durante y después de la intervención para iniciar y mantener el cambio de la conducta adictiva (monóxido de carbono en sangre ó al expirar aire, nicotina en saliva y orina, cotinina en saliva y orina) (ver SRNT, 2000).

## REFERENCIAS

- Abrams, D. B., Clark, M. M., & King, K. T. (1999). Increasing the Impact of Nicotine Dependence Treatment: Conceptual and Practical Considerations in a Stepped-Care Plus Treatment- Matching Approach. En Tucker, A. J., Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (Eds.) *Changing Addictive behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford Press.
- Annis, M. H. (1990). Relapse to Substance Abuse: Empirical Findings within a Cognitive-Social Learning Approach. *Journal of Psychoactive Drugs*. 22, 168- 180.
- Annis, M. H., & Davis, C. S. (1991). Relapse Prevention. *Alcohol, Health and Research World*. 15, 204- 212.
- Annis, H., Sobell, L., Ayala, H., Rybakowski, J., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S. & Ziolkowski, M. (1996). Drinking- Related Assessment Instruments: Cross Cultural Studies. *Substance Use & Misuse*, 11-12, 1525- 1546.
- Ayala, V. H, Echeverría, L. Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 14, 113-127.
- Ayala, V.H. y Carrascoza, C. (2000) El Alcoholismo: Una Perspectiva Psicológica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 5, 132-140.
- Ayala, V.H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L., y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa. UNAM.
- Belsasso, G. (2001). El tabaquismo en México. *CONADIC Informa*, Mayo, 4-7.
- Biochemical Verification of Tobacco Use and Cessation, SRNT, (2000). Consultado Enero 12, 2001, de [http:// www.srnt.org](http://www.srnt.org)
- Brailowsky, S. (1999). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México: SEP. FCE. CONACYT.
- Carroll, M. K. (1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. En McCrady, S. B. & Epstein, E. E. (Ed.), *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press. 250- 267.
- Diaz, J. (1997). *How Drugs Influence Behavior. A Neuro- Behavioral Approach*. New Jersey: Prentice Hall.

- Fagerström, K. (1992). Efficacy of Nicotine Chewing Gum: A review. En Pomerleau, O., & Pomerleau, C. (Ed.), *Nicotine Replacement. A Critical Evaluation*. New York: Haworth Press.
- Fortmann, S. & Killen, J. (1995). Nicotine Gum and Self- Help Behavioral Treatment for Smoking Relapse Prevention: Results From a Trial Using Population- Based Recruitment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 460- 468.
- Brion, J., Fox, J. D., Welsch, S., Fiore, M. D., Baker, T. (2001). Have the Nicotine Pacht and Nicotine Gum Lost their Efficacy Over Time?. *7<sup>th</sup> Annual Meeting Society for Research on Nicotine and Tobacco*. March 23-25. Seattle, Washington.
- González, J. (2001). El tabaquismo en el mundo. *CONADIC Informa*, Mayo, 22- 26.
- Gutiérrez, C (1999). Tratamiento y Rehabilitación del Fumador. En Tapia, R. C. (Ed.). *Las Adicciones en México: Dimensión, Impacto y Perspectivas*. México: FCE.
- Guzmán, M. R., Palomero, M., & Grajales, A. G. (1998). Bases biológicas de la nicotina. *Psiquis*, 7, 45- 51.
- Hajek, P. (1994). Treatments for Smokers. *Addiction*, 89, 1543-1549.
- Hall, S., Tunstall, C., Ginsberg, D., Benowitz, N., & Jones, R. (1987). Nicotine and Behavioral Treatment: A Placebo Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 603- 605.
- Hurt, R. D., Sachs, D.P., Glover, E.D., Offord, K. P., Johnston, J. A., Dale, L. C. Khayrallah, M. A, Schroeder, D. R. Glover, P. N., Sullivan, C.R., Croghan, I. T. & Sullivan, P. M. (1997). A Comparison of Sustained- Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine*. 1195- 1202.
- Jarvis, M. (1992). Nicotine Replacement as Sole Therapy or as Adjunct. En Pomerleau, O., & Pomerleau, C. (Eds.), *Nicotine Replacement. A Critical Evaluation*. New York: Haworth Press.
- Jorenby, D. E., Leischow, S.J., Nides, M.A., Rennard, S.I., Johnson, J.A. Hughes, A.R., Smith, S. S. Muramoto, M. L. Daughton, D. M., Doan, K., Fiore, M. C. & Baker, T. B. (1999). A Controlled Trial of Sustained- release Bupropion, a nicotine pacht, or both for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine*. 685- 691.
- Killen, J. Maccoby, N., & Taylor, B. (1984). Nicotine and Self- Regulation Training in Smoking Relapse Prevention. *Behavior Therapy*, 15, 234-348.

- Killen, J., Fortmann, S., Newman, B., & Varady, A. (1990). Evaluation of a Treatment Approach Combining Nicotine Gum With Self- Guided Behavioral Treatments for Smoking Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 85-92.
- Kornitzer, M., Kittel, F., Dramaix, M., & Bourdoux, P. (1987). A Double. Blind Study of 2 mg Versus 4 mg in Nicotine Gum in an Industrial Setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 171- 176.
- Lam, W., Sze, P. C., Sacks, Chalmers, T. C. (1987). Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials of Nicotine Chewing- Gum. *Lancet*. 27- 30.
- Lancaster, T.; Stead, L.; Silagy, C., & Sowden (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321, 355- 358.
- Maisto, S.A., Carey, K., & Bradizza, C. (1999). Teoría del aprendizaje social. En Leonard, K. & Blane, H. (Eds.) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford press.
- Mariatt, A., & Paks, G. (1982). Self- Management of Addictive Behaviors. En Karoly , P. & Kanfer, F. (Eds.). *Self- Management and Behavior Change from Therapy to Practice*. New York: Pergamon.
- Marlatt, G., & Gordon, J. R. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, M., K. & Ayala, V. H. (2001) Resultados Preliminares de un Modelo de Intervención breve para Adolescentes que Consumen Drogas. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*. 19- 21 Julio, Toluca, Edo. de México.
- Miller, R. W. (1999) *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Miller, R.W, & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Oropeza, T. R., y Ayala, V. H. (2001). Resultados del Piloteo de un Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Cocaína. *XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*. 19- 21 Julio, Toluca, Edo. de México.
- Pomerleau, O. (1981). Underlying Mechanisms in Substance Abuse: Examples From Research on Smoking. *Addictive Behaviors*, 6, 187- 196.

- Puska, P., Björkqvist, S., & Koskela, K. (1979). Nicotine-Containing Chewing Gum in Smoking Cessation: a Double Blind Trial with Half Year Follow-Up. *Addictive Behaviors*, 157-173.
- Research Report Series (1999). *Nicotine Addiction*. E. U.: National Institute on Drug Abuse.
- Riggs, R., Hughes, J. & Pillitteri, J. (2001). Two behavioral treatments for Smoking Reduction: A Pilot Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 3, 71-76.
- Sansores, H. R. & Espinosa, A. M. (1999). *Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para dejar de Fumar del Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias*. México: INER.
- Sansores, M. R., Córdoba, P. P., Espinosa, M. M., Herrera, K. L., & Villalba, C. J. (1998). Evaluación del programa cognitivo- conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 11, 29-35.
- Sansores, R., & Ramírez, A. (2001). Alternativas de tratamiento. *CONADIC Informa*, Mayo, 19-21.
- Schneider, N. G., Olmstead, R., Nilson, F., Mody, F. V. Franzon, M., & Doan, K. (1996). Efficacy of a Nicotine Inhaler in Smoking Cessation: a Double- Blind, Placebo-Controlled trial. *Addiction*, 1293- 1306.
- Secretaría de Salud. (1999). *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. Tabaco. México : SSA.
- INER (2000). En Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México: SSA.
- Shadel, W., Shiffman, S., Niaura, R., Nichter, M., & Abrams, D. (2000). Current Models of Nicotine Dependence: GAT is Know and Waht is Hended to Advance Understanding of Tobacco Etiology Among Youth. *Drug and Alcohol Dependence*. 59 Suppl., 509-522.
- Shiffman, S., Di Marino, M., & Gorsline, J. (2001). The Effectiveness of Nicotine Patches in Heavy Smokers. *7<sup>th</sup> Annual Meeting Society for Research on Nicotine and Tobacco*. March 23-25. Seattle, Washington.
- Shiffman, S., Manson K. M., & Henningfield (1998). Tobacco Dependence Treatments: Review and Prospectus. *Annual Review Public Health*, 19, 335-358.

- Slade, J. (1999). Nicotine. En: *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford university Press. 162- 170.
- Sobell, M., & Sobell, L. (2000). Stepped Care as a Heuristic Approach to the Treatment of Alcohol Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 573-579.
- Stitzer, M. & Gross, J. (1992). Smoking Relapse: The Role of Pharmacological and Behavioral Factors. En Pomerleau, O., & Pomerleau, C. (Eds.) *Nicotine Replacement. A Critical Evaluation*. New York: Haworth Press.
- Surgeon General's Report (2000). Management of Nicotine Addiction. En *Reducig Tobacco Use Surgeon General*. Consultado Diciembre 3, 2000, de [http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco\\_use/](http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco_use/)
- Tang, J. L., Law, M., & Wald, N. (1994). How Effective is nicotine Replacement Therapy in Helping People to Stop Smoking?. *British Medical Journal*. 21- 26.
- Tonnesen, P., Fryd, V., Hansen, M., Helsted, J., Gunnensen, A B., Forchhammer, H., & Stockner, M. (en prensa). Two and Four mg Nicotine Chewing Gum and Group Counseling in Smoking Cessation: An Open, Randomized, Controlled Trial with a 22 Month Follow- up. Addictive Behaviors.
- World Health Organization Europe. Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence.* (2001). Consultado Febrero 10, 2001, de <http://www.who.int/>

# **ANEXOS**

**ANEXO. 1.**



Av Universidad 3004, Col. Copilco -Universidad  
 04510, Del. Coyoacán, México, D. F.  
 Tel: 56-22-23- 09

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, otorgo mi consentimiento para participar como paciente en una investigación sobre el estudio y tratamiento de problemas por el consumo de tabaco; dicha tratamiento está integrado por 5 sesiones.

Como parte del programa, leeré tres breves folletos y haré ejercicios relacionados con las lecturas asignadas. También mantendré, registros diarios de mi consumo de tabaco. Estas lecturas y tareas son parte de mi tratamiento.

1. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
2. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y durante un año. Entiendo que 4 entrevistas están programadas al transcurrir: 1, 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de tabaco y las conductas relacionadas. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista inicial.
3. Estoy de acuerdo en proporcionar los nombres, direcciones y números telefónicos de por lo menos uno o si es posible de dos personas que puedan ser entrevistadas por mi terapeuta para que proporcionen información de mi consumo reciente de tabaco así como de algunas conductas relacionadas. Entiendo que esta información se le pedirá sólo a una persona, doy el nombre de dos en caso de que una de ellas no pueda ser contactada o se rehúse a participar. A ambas personas de les enviará una carta la cual yo leeré, y firmaré, informándoles acerca de mi autorización para que sean entrevistadas. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

**NOMBRE (INFORMANTE 1):** \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Apellidos)

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
 (calle) (número) (Colonia)

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_  
 (casa) (oficina)

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

**ANEXO. 2.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CUESTIONARIO DE PRE-SELECCIÓN**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Encierre en un círculo la respuesta del usuario, ya sea "SI" o "NO". Si encierra la respuesta que esta subrayada, la persona no reúne las características para formar parte del proyecto. Si esto ocurre, se deja de aplicar este cuestionario y se le ofrece al usuario la información de otra alternativa de tratamiento.

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| 1. Por lo menos 18 años pero no mayor de 65 años  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 2. Sabe leer y escribir   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 3. Domicilio permanente   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 4. Droga primaria de abuso, heroína   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 5. Droga primaria de abuso, inyectada   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 6. Actualmente acude a algún tipo de psicoterapia, o a algún tratamiento para problemas emocionales o de salud mental.                                  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 7. Actualmente acude a algún tipo de tratamiento para resolver su problema con el abuso de alcohol o tabaco. (excepto A.A. u otro grupo de auto-ayuda). | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 9. Actualmente está recibiendo tratamiento médico por cáncer  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 10. Ha tenido algún ataque cardíaco *   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 11. Tiene diabetes*   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 12. Últimamente tiene dolor de pecho*   | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 13. Está enfermo de la tiroides*  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 14. Es hipertenso*  | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 15. ¿Está dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, 4 sesiones de tratamiento, y sesiones de seguimiento?                     | <u>SI</u> | <u>NO</u> |

**\*Pueden participar en el proyecto con la autorización de su médico**



15. ¿Cuándo está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?

- No  Si, pero sólo mi familia  
 Si, pero sólo mis amigos  Si, tanto mis amigos como mi familia

16. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas? \_\_\_\_\_

### HISTORIA LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

17. Situación laboral (marque solo una opción):

- Tiempo completo  Trabajo ocasional  Estudiante  
 Medio tiempo  Sin empleo  Jubilado  
 Trabaja por su cuenta  Incapacitado  Labores del hogar

18. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

\_\_\_\_\_ | | | |

19. Número de años trabajando en ocupación actual: | | | |

20. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas, estuvo desempleado?(0 a 52 semanas):

| | | |

21. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o drogas (0 a 360):

| | | | |

22. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o drogas (0 a 360):

| | | | |

23. Lugar de residencia en la actualidad:

- Casa propia  Cuarto  Pensión  
 Departamento o casa rentada  Sin dirección permanente  Otra \_\_\_\_\_

24. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa?: | | | |

25. Ingreso personal aproximado durante el año pasado: \_\_\_\_\_

26. En promedio, ¿cuánto dinero gasta cada semana en comprar drogas? | | | | |

### HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

27. ¿Por cuánto tiempo cree que ha tenido problemas con su consumo de drogas? \_\_\_\_\_

28. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas con el consumo de drogas? | | | | |

29. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas? | | | | |

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántas ocasiones tuvo que beber por las mañanas al levantarse para curarse la "cruda"? | | | | |

31. En la siguiente escala, marca la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque sólo una opción):

- \_\_\_\_\_ 1) **Sin problema**
- \_\_\_\_\_ 2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- \_\_\_\_\_ 3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- \_\_\_\_\_ 4) **Un problema mayor** (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)
- \_\_\_\_\_ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

**CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS**

| Tipo de Droga  | Consumo<br>❖<br>1= No<br>2= Si | Total de años de consumo | Último año de consumo | ⊕ Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días | Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|---|---|
| <b>Alcohol</b>   |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Cannabis</b><br>Marijuana, hashish  |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Estimulantes</b><br>Metafetaminas   |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Anfetaminas /Otros estimulantes</b><br>Ritalin, benzedrina, dexedrina                             |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Sedativos/hipnóticos/b arbitúricos</b><br>Amytal, seconal, dalmane, Quaalude, Pentobarbital       |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Heroína</b>   |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Metadona calljera o ilícita</b>   |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Otros opiáceos</b> Tylenol#2 y #3, 282's, percodan, percocet, opio, Morfina, Demerol, Dilaudid    |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Halucinógenos</b> LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mecalina, peyote, hongos. Extasis (MDA), oxido nitroso |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Inhalantes</b> Cemento, gasolina, aerosol, thiner, poppers, rush, locker room                     |                                |                          |                       |   |   |
| <b>Otros (especificar)</b>   |                                |                          |                       |   |   |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| ❖ Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco | ⊕ <b>CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO</b> |   |   |
|   | 0= No consume<br>1= menos de un mes      | 2=1 vez al mes<br>3=1 a 2 veces a la semana | 4=3 a 6 veces a la semana<br>5= Diariamente |

**CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS**

|   | (1) ALCOHOL | (2) ESTIMULANTES | (3) TRANQUILIZANTES | (4) NARCÓTICOS | (5) SEDANTES | (6) SOLVENTES | (7) CANNABIS | (8) OTROS |
|---|-------------|------------------|---------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|-----------|
| Droga consumida durante los últimos seis meses 1=Si 2=No  |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUÁDROS REFIRIÉNDOSE A LA DROGA CONSUMIDA   |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES</b>  |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Daño Físico</b> (Incluyendo daño neurológico por sobredosis)<br>0 = Ninguno<br>1 = Aviso preventivo del médico<br>2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas   |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Daño Cognitivo</b> (agudo o crónico)(incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento)<br>0 = Ninguno<br>1 = 5 ó menos ocasiones<br>2 = Más de cinco ocasiones   |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Daño afectivo</b> (agudo o crónico)(incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad)<br>0 = Ninguno<br>1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario)<br>2 = Mayor ( con consecuencias en el comportamiento diario) |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Problemas Interpersonales</b><br>0 = Ninguno<br>1 = Menor (solamente discusiones)<br>2 = Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)  |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Agresión</b><br>0 = Ninguno<br>1 = Abuso verbal cuando está drogado<br>2 = Violencia física cuando está drogado  |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Problemas Legales</b><br>0 = Ninguno<br>1 = Solamente acusación(Tramite pendiente o sin cargos)<br>2 = Convicto  |             |                  |                     |                |              |               |              |           |
| <b>Problemas Financieros</b><br>0 = Ninguno<br>1 = Menor (gastos en exceso)<br>2 = Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)   |             |                  |                     |                |              |               |              |           |

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

**ANEXO. 4.**

\_\_\_\_\_  
No. exp

\_\_\_\_\_  
Sesión

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CUESTIONARIO PARA FUMADORES**

- a) Consumo de tabaco:
- a. Fumo diario
  - b. Fumo, pero no diario
  - c. Ex fumador. ¿Cuánto tiempo tiene sin fumar? \_\_\_\_\_
- b) ¿Durante cuantos años ha fumado en forma regular? \_\_\_\_\_ años
- c) Marca de cigarros que fuma regularmente: \_\_\_\_\_
- d) ¿Cuántos cigarros en promedio fuma al día? \_\_\_\_\_
- |          |            |           |
|----------|------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>2</b>   | <b>3</b>  |
| De 1 a 9 | De 10 a 19 | Más de 20 |
- e) Número de minutos que pasan desde que se despierta por las mañanas y enciende su primer cigarrillo:
- |                |                 |                |                 |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| <b>0</b>       | <b>1</b>        | <b>2</b>       | <b>3</b>        |
| Más de 60 min. | De 31 a 60 min. | De 6 a 30 min. | Menos de 5 min. |
- f) ¿Tiene problemas para dejar de fumar en lugares donde está prohibido?
- |          |          |
|----------|----------|
| <b>0</b> | <b>1</b> |
| No       | Si       |
- g) ¿Qué cigarro le molestaría más dejar de fumar, el primero de la mañana ó todos los demás?
- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| <b>0</b>        | <b>1</b>                |
| Todos los demás | El primero de la mañana |
- h) ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?
- |          |          |
|----------|----------|
| <b>0</b> | <b>1</b> |
| No       | Si       |
- i) ¿Fuma a pesar de estar tan enfermo que tiene que permanecer en la cama la mayor parte del día?
- |          |          |
|----------|----------|
| <b>0</b> | <b>1</b> |
| No       | Si       |
- j) Desde que fuma regularmente, ¿cuántos intentos serios ha tenido para dejar de fumar?(Como por ejemplo de 7 a 10 veces) \_\_\_\_\_
- k) En el año pasado, ¿dejó de fumar por lo menos un día?
- |                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| <b>0</b>                             | <b>1</b> |
| Si. Escriba el número de días: _____ | No       |

l) ¿Esta planeando seriamente dejar de fumar en los próximos 30 días?

0            1  
Si            No

m) Si dejara de fumar, ¿qué efectos secundarios tendría y porqué?

n) ¿Usted consume alguna droga, por ejemplo: marihuana, cocaína, alcohol?

0            1  
No           Si

**(Si su respuesta es SI continúe con las siguientes preguntas)**

o) Cuando usted consume bebidas alcohólicas o usa drogas, ¿cuál es el porcentaje de tiempo (de 0% a 100%) que usted fuma cigarros? \_\_\_\_\_ %

p) ¿Qué respuesta describe mejor, la forma que afectaría en su consumo de alcohol o drogas, el dejar de fumar?

- a. \_\_\_\_\_ Me ayudaría
- b. \_\_\_\_\_ No me ayudaría ni me perjudicaría
- c. \_\_\_\_\_ Me perjudicaría

q) En este momento, ¿cuál de las siguientes opciones prefiere probar?

- a. Dejar de fumar y cambiar mi forma de consumo de alcohol
- b. Cambiar mi consumo de alcohol u otra droga al mismo tiempo
- c. Cambiar primero mi forma de consumir alcohol u otra droga y después dejar de fumar
- d. Dejar de fumar primero y después cambiar mi forma de consumir alcohol u otra droga
- e. En realidad no importa con qué sustancia inicie mi tratamiento
- f. No deseo dejar de fumar en este momento

| ESCALA DE CALIFICACIÓN |        |  |
|------------------------|--------|--|
| Dependencia Alta       | (7-10) |  |
| Dependencia Media      | (4-6)  |  |
| Dependencia Baja       | (1-3)  |  |
| No Dependiente         | (0)    |  |

**ANEXO. 5.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sujeto

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sesión

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha

**CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL**

**Nombre usuario:** \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga. Imagine que está **en este momento** en cada una de estas situaciones e indique en la escala, qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de fumar, marcando con una X a lo largo de la línea 0% si está INSEGURO ante esa situación ó 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir fumar.

❖ En este momento sería capaz de resistir la necesidad de fumar en aquellas situaciones que involucran.....

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

2. **MALESTAR FÍSICO:** (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

3. **EMOCIONES AGRADABLES:** (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE CIGARROS** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el cigarro o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de fumar o usar drogas, si pensara que rico es fumar)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un cigarro, un puro o droga)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo(a) y quisiera sentirme mejor)

Me siento...

0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

**ANEXO 6. LINEA BASE RETROSPECTIVA PARA FUMADORES**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 No. exp.                                      Sesión                                      Fecha  
 ENERO 2001

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| 1     | 2      | 3         | 4      | 5       | 6      | 7       |
| 8     | 9      | 10        | 11     | 12      | 13     | 14      |
| 15    | 16     | 17        | 18     | 19      | 20     | 21      |
| 22    | 23     | 24        | 25     | 26      | 27     | 28      |
| 29    | 30     | 31        |        |         |        |         |

FEBRERO 2001

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|       |        |           | 1      | 2       | 3      | 4       |
| 5     | 6      | 7         | 8      | 9       | 10     | 11      |
| 12    | 13     | 14        | 15     | 16      | 17     | 18      |
| 19    | 20     | 21        | 22     | 23      | 24     | 25      |
| 26    | 27     | 28        |        |         |        |         |

MARZO 2001

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|       |        |           | 1      | 2       | 3      | 4       |
| 5     | 6      | 7         | 8      | 9       | 10     | 11      |
| 12    | 13     | 14        | 15     | 16      | 17     | 18      |
| 19    | 20     | 21        | 22     | 23      | 24     | 25      |
| 26    | 27     | 28        | 29     | 30      | 31     |         |

ABRIL 2001

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|       |        |           |        |         |        | 1       |
| 2     | 3      | 4         | 5      | 6       | 7      | 8       |
| 9     | 10     | 11        | 12     | 13      | 14     | 15      |
| 16    | 17     | 18        | 19     | 20      | 21     | 22      |
| 23    | 24     | 25        | 26     | 27      | 28     | 29      |
| 30    |        |           |        |         |        |         |

MAYO 2001

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|       | 1      | 2         | 3      | 4       | 5      | 6       |
| 7     | 8      | 9         | 10     | 11      | 12     | 13      |
| 14    | 15     | 16        | 17     | 18      | 19     | 20      |
| 21    | 22     | 23        | 24     | 25      | 26     | 27      |
| 28    | 29     | 30        | 31     |         |        |         |

**ANEXO 7. AUTO-REGISTRO**

Esta página esta diseñada para ayudarlo a mantener su decisión no fumar ó de reducir gradualmente el número de cigarros que consume al día. Para usar el registro: 1) Corte por las líneas punteadas; 2) Ordene las hojas por numeración; 3) Engrape las hojas; 4) Escriba la decisión que escribió en el folleto 1; 5) Escriba el Número de cajetilla de ese día; 6) Escriba la fecha y el tiempo a partir de que usted empieza a fumar; 7) Coloque el block entre la caja de cigarros y el celofán enfrente de la caja de cigarros. Gradualmente intente aumentar el tiempo que tarda en fumar un cigarro y así disminuir el número de cigarros que consume al día. Cada caja de cigarros contiene 20 cigarros, por lo que cada dos páginas corresponden a una caja de cigarros.

|   |   |   |
|---|---|---|
| Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>1 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>2 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>3 |
| Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>4 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>5 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>6 |
| Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>7 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>8 | Meta: _____<br>Cig.# Fecha/Tiempo Notas<br>1. _____<br>2. _____<br>3. _____<br>4. _____<br>5. _____<br>6. _____<br>7. _____<br>8. _____<br>9. _____<br>10. _____<br>9 |

## **ANEXO 8**

**ANEXO. 9.**

**"PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LA NICOTINA"**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

Jennifer Lira M.

**F. E. S. IZTACALA**

Héctor Ayala V.

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Este programa está constituido por seis sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente o en grupos de cuatro a diez personas.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, así como las consecuencias relacionadas con éste. En las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

El programa de tratamiento presenta las siguientes características:

1. Es un programa motivacional para fumadores
2. Se ofrece en una modalidad de consulta externa
3. Es una intervención Breve: En las últimas dos décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breve para personas que consumen drogas de bajo nivel de dependencia que han mostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento de acciones de prevención secundaria para esta problemática (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1997; Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991; Riley, Sobell, Leo, Sobell & Klajner, 1987).
4. Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

En este programa los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo con los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

Folleto No. 1



**Universidad Nacional  
Autónoma de México**

**Facultad de Psicología  
Campus- Iztacala**

**PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO  
DIRIGIDO PARA**

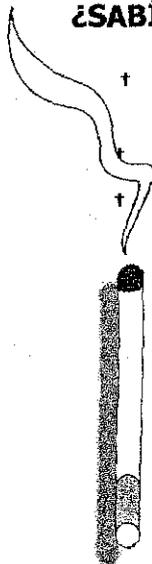
**FUMADORES**



Lic. Jennifer Lira Mandujano  
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ¿SABÍAS QUE.....?



- † La nicotina es la sustancia química presente en todos los cigarros y es altamente adictiva.
  - † Cada cigarro quita cerca de 10 minutos de tu vida.
  - † Cerca de 60 a 4000 sustancias químicas que contiene el cigarro pueden causar cáncer.
- Fumar puede afectar el futuro de los niños- al feto durante el embarazo, bajo peso al nacer.
- 45% de todos los fumadores mueren por alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.
- Fumar afecta a tus amigos, familia y la salud de los niños; ellos pueden tener problemas respiratorios frecuentes y un mayor riesgo de padecer cáncer pulmonar.

## BEBEDORES QUE FUMAN

- Consumir alcohol incrementa la probabilidad de consumir en exceso tabaco.
- Muchos fumadores excesivos también son fuertes consumidores de alcohol.
- Ser fumador y consumidor de alcohol incrementa el riesgo de padecer cáncer y alguna enfermedad del corazón.

**Por ejemplo:** el riesgo relativo de desarrollar cáncer de la boca y de la garganta en los fumadores es:

- 7 veces más que los no fumadores 6 veces más que los consumidores de alcohol, y
- 38 veces más que los que no consumen alcohol y ni tabaco.

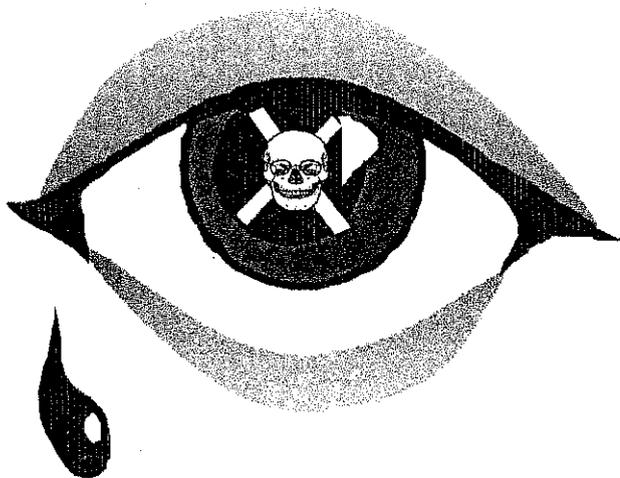


## ¿QUÉ ES UN CIGARRO?

- ⊕ Resfriados, tos y garganta enferma durante largo tiempo.
- † ⊕ Ropa con olor a cigarro.
- † ⊕ Con menos sensibilidad al sabor.
- † ⊕ Dedos y dientes manchados de amarillo.
- † ⊕ Acumulación de nicotina en las muelas.
- † ⊕ Menos dinero para gastar en otras cosas.
- † ⊕ Posibilidad de una muerte prematura.
- † ⊕ Incremento en el riesgo de diferentes tipos de cáncer.
- † ⊕ Riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.
- † ⊕ Mayor causa de bronquitis crónica y enfisema.
- † ⊕ Incrementa el riesgo de problemas médicos para las mujeres embarazadas: aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso en el recién nacido.

## EL TABACO ESTA COMPUESTO ENTRE OTRAS POR LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS...

- ⊕ **Nicotina**- droga adictiva.
- ⊕ **Alquitrán**- compuesto químico que hace la respiración difícil.
- ⊕ **Cianuro, Arsénico y Amoníaco**
- ⊕ **Monóxido de carbono**- Gas que se forma cuando se quema un tabaco, igual que el que emite un carro.
- ⊕ **Oxido nitroso**- gas tóxico.
- ⊕ **Ácido cianhídrico**- compuesto químico.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **RESPONDE ESTAS PREGUNTAS ¿PORQUÉ NECESITO DEJAR DE FUMAR?**

- Sentirme saludable
- Saborear mejor la comida
- Ser un mejor ejemplo para los niños
- Para que mi ropa y mi cabello no huelan mal
- Para no tener molestias frecuentes en la garganta
- Sentirme físicamente más saludable
- Disminuir el riesgo de un ataque al corazón y regresar a la normalidad en un año
- Poder vivir más
- Evitar problemas en mi embarazo
- Ya no quiero tener los dedos amarillos
- No quiero tener los dientes manchados
- Necesito dormir bien

.....

.....

.....

.....

*[Faint, illegible text, possibly a stamp or signature]*

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **Si el tabaco es malo, ¿porqué es legal?**

El tabaco es un gran negocio.

La industria del tabaco provee fuentes de trabajo.

El tabaco genera gran cantidad de impuestos.

Muchas personas viven de la cosecha de tabaco.

### **¿El tabaco debe seguir siendo una droga legal?**

*Probablemente !NO!. 8,200 personas en el ámbito mundial mueren diariamente por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.*

### **¿Se puede hablar de cuál es el grado de alquitrán y nicotina que contiene cada cigarro?**

*NO!. Los cigarros no liberan cantidades fijas de ALQUITRÁN y NICOTINA. La producción depende de cómo se fuma - inhalar profundo, fumar un cigarro con filtro, los cigarros sin filtro provee altas cantidades.*

### **¿Los cigarros bajos en alquitrán y nicotina tienen menos riesgos?**

*!NO!. Si se bloquean los agujeros del filtro, se inhala rápidamente, o fuma por partes puedes obtener producciones altas de alquitrán y nicotina.*

### **¿Las pipas y los puros son más seguros que los cigarros porque no inhalas? !NO!. Las pipas y los puros también producen cáncer.**

### **¿El tabaco sin humo es seguro?**

*!NO!. Inhalar y/o masticar tabaco contiene nicotina por lo que sus químicos causan cáncer.*

### **¿Este método es el mejor para dejar de fumar?**

*!NO! Depende totalmente de ti. Algunas personas dejan de fumar sin algún método, otros usan un sustituto de la nicotina como son los parches y otros hablan con su terapeuta.*

### **¿Es más fácil dejar el alcohol que el tabaco?**

*Depende de usted- algunas personas primero dejan de fumar, algunas cambian primero la bebida, otros dejan ambas sustancias al mismo tiempo.*

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

### ¿Cómo puedo conocer lo que es mejor para mí?

Primero probar el método más fácil y razonable. Si no funciona, probar otro método. Si probó varias veces y no ha podido dejar de fumar, puede considerar la Terapia de sustitución con Nicotina.

### ¿Cuándo hay fumadores en mi casa, puede afectar en mi decisión de dejar de fumar ?

Esto puede afectarte, particularmente si tu novio (a) o esposo(a) es fumador(a). Un camino para minimizar el riesgo al tener fumadores en tu casa es proponerle dejar de fumar o pedirle que no fume en tu presencia o en tu casa.

A continuación se presenta una breve descripción de varios métodos para dejar de fumar. **Puedes preguntar más información a tu terapeuta.**

**Terapia de Sustitución con Nicotina:** Comúnmente se emplean en este tipo de terapia el parche de nicotina o la goma de mascar de nicotina.

**Metas a corto plazo:** Sustituye la nicotina de los cigarrros

**Metas a largo plazo:** Gradualmente se reduce su uso (goma de nicotina o parche de nicotina).

El chicle y el parche son confiables sobre el tiempo y en diferentes dosis de acuerdo a tus necesidades. Estos productos pueden parecer costosos, comparados con el costo de comprar cigarrros una vez por semana. Es muy seguro y casi todos los fumadores sustituyen el cigarro.



### **Goma de mascar (*Nicorette*)**

La goma de mascar, está disponible en cualquier farmacia, se inicia con una dosis de 2 a 4 gramos. La nicotina se libera a través de la resina masticando.

#### **4 recomendaciones para el uso de la goma de mascar:**

- 1. Plan de progreso.** La nicotina se absorbe alrededor de 30 minutos de masticar.
- 2. Emplear la dosis exacta para ti.** Los fumadores con alta dependencia necesitan una dosis de 4 gramos de goma de mascar.
- 3. Aprender a masticar la goma.** Mantenerla en la mejilla y no masticar rápidamente.
- 4. No tomar** café, alcohol, jugo o refresco cuando mastica la goma.

### **Parche de nicotina (*Niqüitin*)**

Se vende en tres etapas, que se diferencian entre sí por el contenido de nicotina de cada parche.

Los parches son aplicados en la piel por la mañana después de despertarse.

Los parches de Nicotina, al igual que la goma de mascar, permiten mantener una tasa continua de nicotina.

#### **Instrucciones para emplear los parches**

- ✓ No fumar cuando se tiene el parche.
- ✓ Seleccionar un lugar diferente entre su cuello y su cintura para colocarlo.
- ✓ Mantenga el parche 24 horas después de despertarse.
- ✓ Comúnmente se usa de 8 a 14 semanas.

### **¿Cuánto tiempo debo usar el parche o la goma de mascar?**

Algunos expertos dicen que tres meses. Otros recomiendan largos periodos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Preguntas y Respuestas

### QUÉ DEBO SABER SOBRE DEJAR DE FUMAR

- El 70% de los fumadores intentan dejar de fumar.
- La primer semana es crítica- 60% de las personas que intentan dejar de fumar tienen una recaída en la primer semana.
- A pesar de esto vuelve a intentarlo. Los fumadores que quieren dejar de fumar lo intentan de 5 a 7 veces para lograrlo.
- Ganan peso por dejar de fumar solo 1/3 de todos los casos y cuando ganan peso son pocos gramos.
- Existen muchos caminos para lograr dejar de fumar- parches de nicotina, goma de mascar, Terapias psicológicas como de auto cambio dirigido.
- El apoyo de amigos y familiares es de gran ayuda.
- **¡Los síntomas de abstinencia son normales!** Estos síntomas pueden incluir nerviosismo, irritabilidad, enojo, dificultad para dormir, falta de concentración o dolor de cabeza. Estos síntomas físicos en la mitad de los casos es igual que una gripe y usualmente ocurre a los pocos días de haber dejado de fumar.

### ¿PORQUE OCURREN LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA?

Después de fumar durante largos periodos o durante años, tu cuerpo empieza a depender de la droga- nicotina. Una vez que dejas de fumar, el nivel de nicotina baja hasta desintoxicar totalmente su cuerpo.

Un camino para detener el deseo es obtener más nicotina- a través de cigarros o a través de goma de mascar o parches de nicotina.

Recuerda que el deseo por fumar lo puede sentir- pregunte a otras personas que han dejado de fumar.

## ¿QUE ES UN CIGARRO PARA MI?

### Ventajas de continuar fumando

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Desventajas de continuar fumando

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

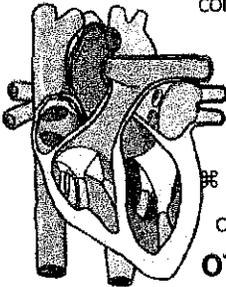
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BENEFICIOS QUE TRAE A LA SALUD DEJAR DE FUMAR ¡NUNCA ES TARDE!

⌘ En 24 horas sin fumar, la presión sanguínea y la tasa del pulso se normalizan y el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye.

⌘ Después de un mes sin fumar, se tienen pocos síntomas respiratorios.

⌘ Después de 1 año sin fumar, el riesgo por alguna enfermedad del corazón (por fumar) se reduce a la mitad.



⌘ Después de 10 años sin fumar, el riesgo de padecer cáncer pulmonar disminuye a la mitad con respecto a las personas que siguen fumando.

⌘ Después de 5 a 10 años sin fumar, el riesgo de un paro cardíaco en los ex-fumadores es igual que para los no fumadores.

### OTROS BENEFICIOS

El olfato es más sensible

Un buen ejemplo para los niños

Mejor respiración

Ahorras dinero



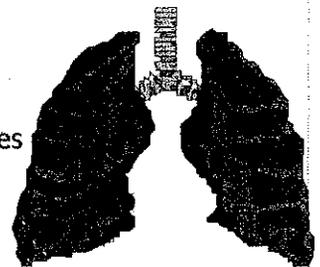
### EVALUANDO SUS RIESGOS

Si continúo fumando cigarros, el riesgo que tengo para desarrollar cáncer pulmonar es (señala una de las siguientes):

- Menos que los no fumadores
- Igual que los no fumadores
- Un poco más que los no fumadores
- Dos veces más que los no fumadores
- Más de dos veces que los no fumadores

Especifica cuanto más de riesgo, por ejemplo:

4 veces más, 12 veces más): \_\_\_\_\_



## RESPONDE LO SIGUIENTE

¿CUALES SON LAS 2 O 3 BARRERAS O DIFICULTADES MAS SERIAS QUE ANTICIPAS AL DEJAR DE FUMAR?

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

¿CUALES SON LO 2 O 3 FACTORES MÁS GRANDES DE APOYO PARA DEJAR DE FUMAR EN ESTE MOMENTO?

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

¿Quién crees que afectará tu decisión de dejar de fumar?

| NADIE      | Fuman |    |
|------------|-------|----|
|            | Si    | No |
| Amigos     |       |    |
| Familiares |       |    |
| Novio(a)   |       |    |
| Esposo(a)  |       |    |
| Otro       |       |    |

### 1ER. PASO PARA DEJAR DE FUMAR

Ahora que estas por empezar, es muy probable que te sientas más confiado y comprometido para dejar de fumar. El siguiente paso es comprometerte contigo mismo, y una forma es escribirlo en la siguiente linea:



Folleto No. 2



**Universidad Nacional  
Autónoma de México**

**Facultad de Psicología  
Campus- Iztacala**

**PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO  
DIRIGIDO PARA**

**FUMADORES**



Lic. Jennifer Lira Mandujano  
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## IDENTIFICANDO SU PROBLEMA

Para tratar de resolver su problema con el consumo de tabaco es importante identificar:

- 1) las situaciones en las que nos encontramos (**precipitadores**) y,
- 2) los beneficios que esperamos obtener con el uso del tabaco, es decir resultados positivos (o **consecuencias**).



**Factores Precipitadores:** Son las cosas o situaciones que "provocan" tu deseo de fumar. Por ejemplo: situaciones inesperadas, situaciones que buscas, situaciones emocionales, problemas personales, emociones placenteras o incómodas o simplemente situaciones en las que te encuentras.



**Consecuencias:** Generalmente las personas fuman cuando están buscando consecuencias positivas e inmediatas. Estas consecuencias inmediatas pueden ser desde un deseo de cambio en tu estado de ánimo (de tenso a relajado), hasta sentirte a gusto con las personas a tu alrededor, ó simplemente pasar un buen rato.

Desafortunadamente, algunas veces obtenemos consecuencias que no buscamos y que son por lo general negativas y perjudiciales pero nosotros las minimizamos porque se presentan a mediano y a largo plazo. Por lo tanto las consecuencias pueden ser positivas y negativas (resultados inmediatos o a largo plazo).



## CUALES SON LOS PRECIPITADORES QUE HACEN QUE TENGAS UNA RECAÍDA

**Fumadores que intentan dejar de fumar reportan que tres de las razones que comúnmente tienen para recaer son:**

|   | Hombres | Mujeres |
|---|---------|---------|
| Extrañan tener las manos ocupadas/<br>extrañan tener alguna cosa en las manos | 45%     | 62%     |
| Extrañan el cigarro   | 42%     | 42%     |
| Incómodo con otros fumadores  | 15%     | 13%     |

### SEÑALA cuales son las características de la situación cuando fumas:

- Extrañas el cigarro
- Extrañas tener alguna cosa en las manos/tener las manos ocupadas
- Beber alcohol
- Estar relajado en casa
- Después de comer
- Cuando estoy feliz o estoy celebrando
- Después de despertarme
- Durante los descansos en el trabajo/oficina/escuela
- Ver a otros fumar
- Cuando tomo café o té
- Cuando estoy fastidiado
- Cuando estoy deprimido
- Cuando tengo mucho trabajo, estoy presionado o estoy estresado (frustrado, irritado).
- Cuando tengo síntomas de abstinencia por haber dejado de fumar
- Cuando tengo deseos de fumar un cigarro



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Quando consumir Tabaco ha sido un problema:**

Los *precipitadores* y las *consecuencias* van de la mano. Por ejemplo algunas personas fuman:

○ cuando están en una fiesta (precipitador) y buscan sentirse bien (consecuencia inmediata).

⌌ cuando están platicando con otro fumador (otro precipitador) y buscan sentirse a gusto (consecuencias inmediatas).

○ cuando están nerviosos (otro precipitador) y buscan tranquilizarse (consecuencia inmediata).

⌌ cuando están enojados (otro precipitador) y buscan cambiar su estado de ánimo (consecuencia inmediata).

○ cuando están estresados (otro precipitador) y buscan relajarse (consecuencia inmediata)

⌌ cuando están tomando café (precipitador) y quieren disfrutar su café (consecuencias inmediatas)

Este tipo de hábitos pueden producir algún malestar, remordimientos ó enfermedad (*consecuencias a largo plazo*).

## IDENTIFICANDO CONSECUENCIAS Y FACTORES PRECIPITANTES

Ahora debes estar listo para identificar los principales **factores precipitadores** y las **consecuencias** de consumo de tabaco.

A continuación describe tres situaciones de consumo excesivo, para ello es necesario que pienses en experiencias reales. No olvides escribir los tipos de precipitadores y el tipo de consecuencias (positivas y negativas) usualmente asociadas con cada situación.

### Situación 1:

Consecuencias Positivas: \_\_\_\_\_

Consecuencias Negativas: \_\_\_\_\_

### Situación 2:

Consecuencias Positivas: \_\_\_\_\_

Consecuencias Negativas: \_\_\_\_\_

### Situación 3:

Consecuencias Positivas: \_\_\_\_\_

Consecuencias Negativas: \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PREPARÁNDOME PARA DEJAR DE FUMAR

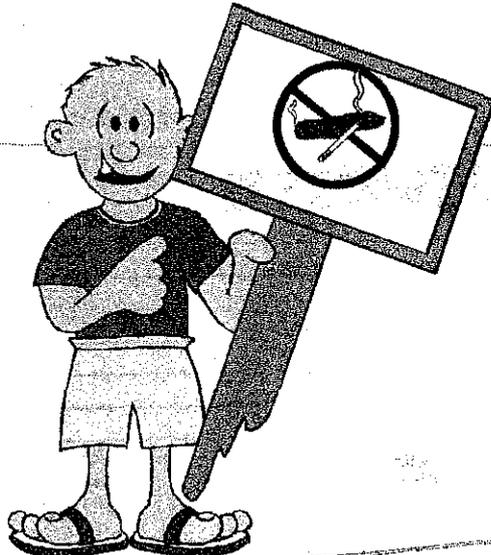
### Prepárate para los primeros días

#### Planea tu día

- Evita las áreas de fumar
- Cambia tu rutina dejando fuera el fumar
- Revisa tu plan para manejar las situaciones que precipiten un impulso por fumar
- Habla con tus amigos y familiares explicándoles que has dejado de fumar pidiéndoles su apoyo

Prepara tu casa u oficina: SEÑALA  qué puedes hacer

- Deshacerse de todos los ceniceros, encendedores, cajetillas de cigarros.
- No tomar descansos en la escuela o en el trabajo con fumadores
- Sentarse en el restaurante en la sección de no fumar
- .....
- .....



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## LOS COSTOS DE FUMAR

| Paquetes por día | Costo por día | 1 mes  | 1 año   | 5 años  | 10 años  | 20 años  |
|------------------|---------------|--------|---------|---------|----------|----------|
| 1/2              | \$5           | \$150  | \$1800  | \$9000  | \$18000  | \$36000  |
| 1                | \$10          | \$300  | \$3600  | \$18000 | \$36000  | \$72000  |
| 1.5              | \$15          | \$450  | \$5400  | \$27000 | \$54000  | \$108000 |
| 2                | \$20          | \$600  | \$7200  | \$36000 | \$72000  | \$144000 |
| 3                | \$30          | \$900  | \$10800 | \$54000 | \$108000 | \$216000 |
| 4                | \$40          | \$1200 | \$14400 | \$72000 | \$144000 | \$288000 |

Escribe el número de cajas de cigarros que fumas al día. En la tabla de arriba identifica cuanto dinero ahorrarías si dejas de fumar y escribe que comprarías con ese dinero.

### Ejemplo:

3 cajas por día en un mes = ..... Reloj de pulso .....

cajas por día en un mes = .....

(escriba que podría comprarse con ese dinero)

cajas por día en un año = .....

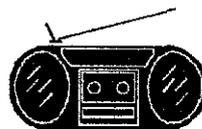
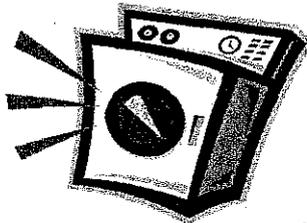
(escriba que podría comprarse con ese dinero)

cajas por día en cinco años = .....

(escriba que podría comprarse con ese dinero)

cajas por día en 10 años = .....

(escriba que podría comprarse con ese dinero)



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Posibles estrategias para dejar de fumar*

**Ejercicio:** Pregunta a 2 o 3 ex fumadores porqué dejaron de fumar y cómo fue que lo lograron.

Ex fumador # 1

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Porqué dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Número de años sin fumar? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo logró? \_\_\_\_\_

Ex fumador # 2

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Porqué dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Número de años sin fumar? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo logró? \_\_\_\_\_

Ex fumador # 3

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Porqué dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Número de años sin fumar? \_\_\_\_\_

¿Cómo lo logró? \_\_\_\_\_



**META PARA LA SIGUIENTE SEMANA:**



Folleto No. 3

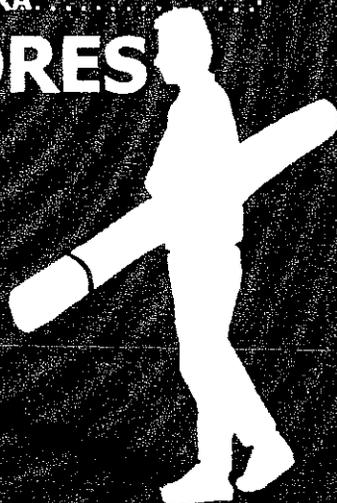


**Universidad Nacional  
Autónoma de México**

**Facultad de Psicología  
Campus- Iztacala**

**PROGRAMA DE AUTO - CAMBIO  
DIRIGIDO PARA**

**FUMADORES**



Lic. Jennifer Lira Mandujano  
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AHORA QUE QUIERES DEJAR DE FUMAR**

**ESTÁS EN UN PROGRAMA DE AUTO- CAMBIO DIRIGIDO. AUTOCAMBIO SIGNIFICA QUE A PESAR DE QUE ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARTE EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO DEPENDERÁ DE TI.**



### **¿Qué es lo que debes hacer?**

- Cambiar tus rutinas
- Evitar situaciones de riesgo o precipitadores
- Verse como una persona que no fuma
- Revisar los beneficios que tiene el no fumar
- Pensar en las consecuencias negativas que tiene el volver a fumar
- No intentes ponerte a prueba- estas rompiendo viejos hábitos y desarrollando nuevos hábitos
- Tómallo con calma
- La abstinencia es esencial, no te pongas a prueba con solo un cigarro
- Bebe agua o jugos
- Practica algún deporte



## **ALTERNATIVAS PARA LOS PRECIPITADORES:**

**ESTAR CON OTROS FUMADORES:** Primero, tratar de evitar estar con ellos, salir de la situación. Hablar con ellos de tu intento por dejar de fumar. Pensar en tus razones para dejar de fumar.

**HABLAR POR TELEFONO:** Rompe tu rutina al hablar por teléfono- párate/ siéntate/ camina/cambia de cuarto. Toma una pluma en la mano.

**TOMAR DESCANSOS EN EL TRABAJO:** Ir donde no están los fumadores. Ir a caminar, leer un libro, tomar agua, contestar un crucigrama.

**SENTIRTE MAL O DEPRIMIDO:** Planear nuevas actividades- leer un libro, practicar algún deporte, hablar con amigos, etc.

**CONSUMIR ALCOHOL:** Cambiar bebidas o no beber bebidas alcohólicas.

**DESPUÉS DE LA COMIDA:** Levantarse después de la comida; cambiar de rutina, hacer gárgaras o lavarse los dientes, tomar agua, comer una fruta.

**MANEJAR:** Cambiar de rutina; quitar las cajetillas del carro, limpiar los ceniceros, prender únicamente el cigarro y llevarlo en la mano hasta que se acabe.

**TOMAR CAFÉ O TÉ:** Cambiar de bebida por una que no contenga cafeína por ejemplo café descafeinado o refresco sin cafeína.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AFRONTAR EL DESEO DE FUMAR

- ❖ Respirar rápidamente
- ❖ Masticar un chicle
- ❖ Caminar
- ❖ Comer dulces
- ❖ Tomar agua
- ❖ Imagínate como un una persona que no fuma

## DEJAR DE FUMAR

Si fumas en los primeros 60 minutos después de despertarte por la mañana, prepárate- este tiempo es de riesgo.

**Planéalo una noche antes. ¿Qué harás? POR EJEMPLO:**

Usualmente yo me despierto y \_\_\_\_\_

Me levanto y \_\_\_\_\_

Antes de desayunar yo \_\_\_\_\_

Después de desayunar yo \_\_\_\_\_

Después Manejo/ voy al trabajo/ escuela y yo \_\_\_\_\_

A la hora de la comida yo \_\_\_\_\_

\* Completa tu registro

Coloca en un lugar visible tu registro, por ejemplo en tu recámara, en el espejo, en tu agenda, en el refrigerador o en tu escritorio.

\*Habla con otros (Si piensas que ellos te pueden ayudar)

\*Practica diciendo: "No, gracias"

\*Revisa tus intentos pasados por dejar de fumar:

¿Qué fue lo que te ayudo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué te llevó a una recaída? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PLAN DE ACCIÓN

Dejar de fumar, igual que muchas otras cosas, es fácil con un plan.

Un plan de acción para ti:

- Fortalece tu decisión de dejar de fumar.
- Aprende a manejar tus deseos y síntomas de abstinencia.
- Prepárate para manejar situaciones que precipitan el deseo por fumar.
- No compres cajetillas.
- No frecuentes lugares donde puedes fumar.
- Cuando pidas un cigarro espera 5 minutos para fumarlo o fuma solo la mitad de cada cigarro.
- Reducir el número de cigarros consumidos cada día.

### **Escribe 3 alternativas para cada una de las situaciones de consumo excesivo que identificaste en el Folleto 2:**

PARA DECIDIR CUALES SON TUS MEJORES ALTERNATIVAS PREGUNTATE: ¿qué tan efectivas a largo plazo pueden ser estas alternativas? ¿qué tengo que hacer para poder alcanzarlas?

ALTERNATIVA 1: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 2: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 3: \_\_\_\_\_

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 1: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 1: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 2: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 3: \_\_\_\_\_

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 2: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 1: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 2: \_\_\_\_\_

ALTERNATIVA 3: \_\_\_\_\_

MEJOR ALTERNATIVA PARA LA SITUACIÓN 3: \_\_\_\_\_

**Desarrolla un plan de acción para cada una de las situaciones de consumo excesivo a partir de la mejor alternativa para ti:**

[Situación de consumo excesivo]

ALTERNATIVA No.: \_\_\_\_

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:

---

---

---

[Situación de consumo excesivo]

ALTERNATIVA No.: \_\_\_\_

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:

---

---

---

[Situación de consumo excesivo]

ALTERNATIVA No.: \_\_\_\_

Mi plan de acción para esta situación de consumo excesivo es:

---

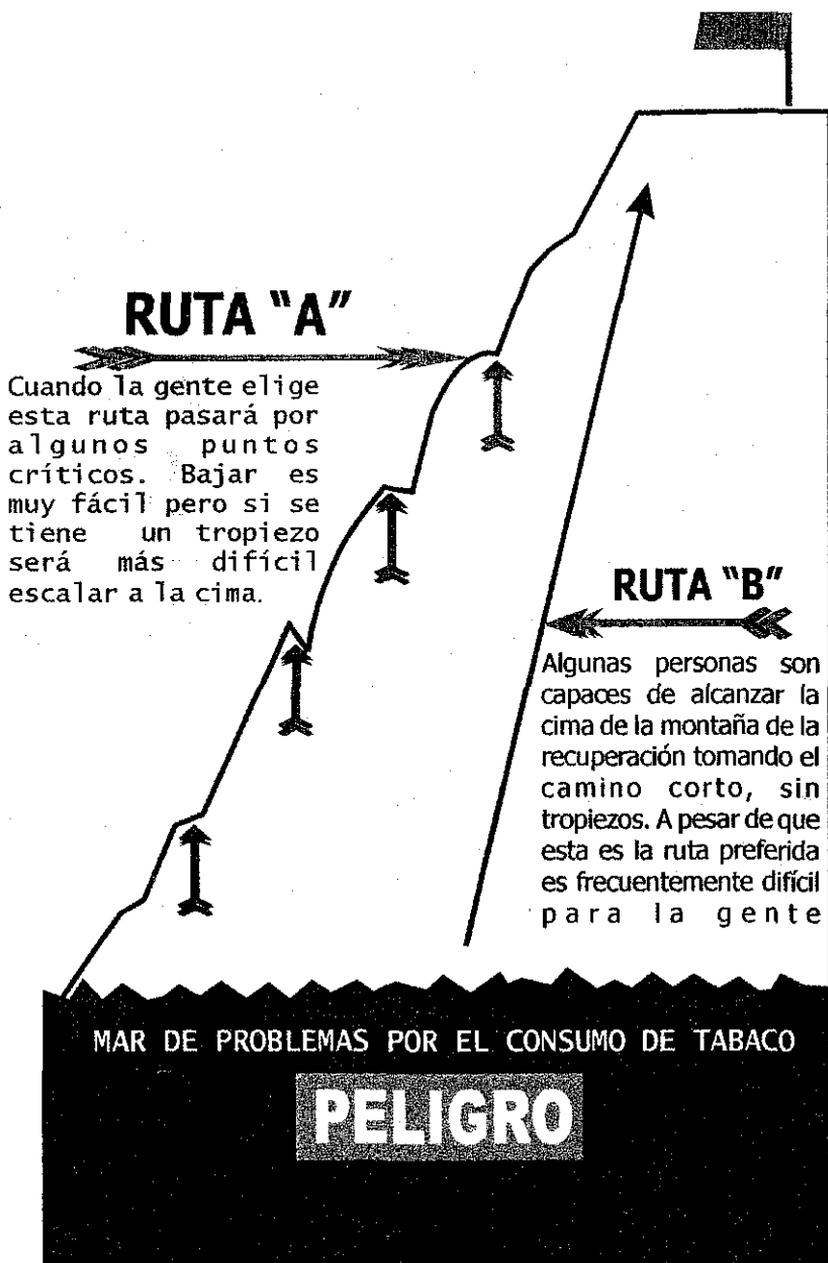
---

---



## RECUERDA UNA VEZ AL DÍA

### Montaña de la recuperación



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECUERDA SIEMPRE

La **MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN** es una representación del camino que decides:

### ADOPTA

Una meta realista a largo plazo para cambiar. Para mucha gente es un proceso lento.

### RECONOCE

Que si tienes una recaída o un tropiezo no quiere decir que hayas fallado. Utiliza estas experiencias como experiencias de aprendizaje más que haber cumplido tus predicciones de fallar en el intento por dejar de fumar.

### RECUERDA

Que a algunas personas les toma de 5 a 7 intentos para lograr dejar de fumar totalmente.



### **COMPONENTES DEL MODELO**

- **Teoría del aprendizaje social**

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social la conducta involucra *sistemas de control en los que la conducta está determinada por los estímulos del medio, los procesos internos en términos de codificación y sistemas de retroalimentación y reforzamiento.*

Bandura explica el aprendizaje a partir de cuatro principios:

1. **Reforzamiento diferencial:** Refiere a la aplicación de consecuencias para las conductas dependientes de las condiciones de estímulo. El reforzamiento positivo, negativo, o el castigo siempre están presentes en el ambiente, pero en cada persona tienen efectos particulares.
  2. **Aprendizaje vicario:** consiste en la adquisición de nuevas conductas a partir de la observación de los otros o mediante la comunicación de mensajes simbólicos verbales o escritos. La observación de un modelo que es reforzado aumenta la probabilidad de que el observador presente tal conducta,
  3. **Procesos cognitivos:** las cogniciones como la codificación, la organización y la retroalimentación median entre los eventos del ambiente y la conducta (Maisto, Carey, & Bradizza, 1999).
- Las *expectativas* de los resultados de la propia conducta juegan un papel importante en la dirección de la conducta.
  - Existe también la *auto-regulación* que consiste en que los individuos son capaces de hacer arreglos en su medio ambiente para controlar su propia conducta.
  - La *auto-eficacia* se refiere a las creencias del individuo respecto a considerar que puede comportarse al nivel requerido respecto a lo que el medio exige. Se supone que la auto-eficacia es específica a cada situación y que es un mediador entre los eventos ambientales, las cogniciones y la conducta.
  - La *capacidad anticipatoria* significa que la mayor parte de la conducta humana es planeada.
  - La *capacidad de auto-reflexión* significa que el ser humano tiene la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos, es decir de monitorear sus propias ideas, hacer predicciones y cambiar sus ideas a partir de sus propias evaluaciones de adecuación a la situación.

4. **Determinismo recíproco:** Significa que la conducta está determinada por el medio, la conducta y el medio. *Recíproco* significa acción mutua entre factores que se ven como causales, y *determinismo* significa la producción de efectos por parte de ciertos factores. De esta manera *persona, ambiente y conducta* son vistos como en mutua dependencia.

De tal forma, la Teoría del Aprendizaje Social considera a las conductas adictivas como:

1. Hábitos o conductas maladaptativas aprendidas.
2. Ocurren en un continuo de uso, no es que estén presentes o ausentes, sino que varían en grados.
3. Están determinadas por principios de aprendizaje.
4. Son hábitos aprendidos que pueden estudiarse de la misma manera en que puede estudiarse cualquier hábito.
5. Sus determinantes son factores situacionales o ambientales, creencias y expectativas, la historia familiar y las experiencias de aprendizaje tempranas con la sustancia. Se pone énfasis en las consecuencias reforzantes o aversivas.
6. Además de los efectos físicos de la ingesta de la sustancia, se considera importante distinguir las condiciones sociales en las que el individuo se encuentra antes, durante y después del consumo.
7. Frecuentemente las conductas adictivas se exhiben en situaciones que se consideran estresantes, en cuyo caso constituyen mecanismos de enfrentamiento deficientes.
8. Son afectadas por las expectativas del individuo de lograr controlar la conducta, es decir por su percepción de auto-eficacia.
9. La adquisición de nuevas habilidades y estrategias cognitivas en un programa de automanejo resultan en conductas nuevas y conductas adaptativas controladas por procesos cognitivos de alerta y toma de decisiones (Marlatt & Gordon, 1985; Ayala & Carrascoza, 2000):

- **Entrevista Motivacional**

La entrevista motivacional es una estrategia clínica diseñada para incrementar la motivación del usuario para el cambio. Este componente señala la motivación como un *proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente* (Miller, 1999; Miller & Rollnick, 1991). Las estrategias para incrementar la motivación incluyen:

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

- a) Evaluación
- b) Retroalimentación personalizada
- c) Razones para cambiar el uso de alguna droga
- d) Ventajas y desventajas de cambiar el uso de la droga (balance decisional)
- e) Compromiso para el cambio
- f) Establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos y alcanzables.
- g) La utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

- **Prevención de Recaídas**

El modelo de Marlatt y Gordon (1985) del proceso de recaídas según la teoría del aprendizaje social distingue dos momentos de la recaída:

1. **Caída:** Resulta de la exposición del individuo a una situación de alto riesgo, de una falta de habilidades de enfrentamiento para manejar esa situación sin consumir, bajos niveles de auto-eficacia para afrontar exitosamente la situación, y la expectativa de que el uso de la sustancia le ayudará a manejar la situación.
2. **Recaída:** Resulta de dos procesos:
  - a) Atribuciones internas globales que pueden llevar a que la persona pierda el control sobre el uso de la sustancia resultando en un abandono de los intentos para controlarlo una vez que la caída ha ocurrido.
  - b) El uso adicional de la sustancia puede servir como un esfuerzo para aliviar la emoción desagradable generada por tales atribuciones, generándose un círculo vicioso.

De acuerdo con Carroll (1999) el modelo de prevención de recaídas se caracteriza por:

- a) La identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones.
- b) El entrenamiento de habilidades para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas. El enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante
- c) Empleo del auto monitoreo y análisis conductual del uso de sustancias
- d) Modelo de solución de problemas
- e) Balance decisional

## **DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES**

### **Sesión 1: ADMISIÓN**

**Objetivo:** El usuario conocerá las características específicas del programa y se conocerá si el programa es pertinente para el usuario.

**Duración:** 1 hora

Explicar:

- Objetivo de la sesión

Preguntar:

- Razones por las que está interesado en el programa
- Años de consumo
- Edad de inicio
- Consumo promedio
- Problemas experimentados relacionados con el consumo de tabaco (malestares físicos)
- Si fue recomendado por el médico (aviso preventivo o indicación de suspensión por alguna enfermedad)
- Intentos anteriores (qué hizo y porqué volvió a fumar)
- Si ha identificado situaciones relacionadas al consumo de cigarros

**Motivar al usuario en su intento por dejar de fumar**

**Preguntar:**

- ⊗ ¿Qué imagina que puede hacer para dejar de fumar?
- ⊗ ¿Conoce cuales son las enfermedades relacionadas con el consumo de cigarros?

Discutir:

Porque decidió dejar de fumar en este momento.

Explicar:

Características del programa de auto-cambio dirigido (número de sesiones, empleo de Folletos y auto- monitoreo).

Aplicar:

- **Cuestionario de pre-selección**
- **Cuestionario para fumadores**
- **Carta de Consentimiento Informado**

**PROGRAMAR LA SESION 2: Una semana después.**

## **Sesión 2: EVALUACIÓN**

**Objetivo:** Conocer el patrón de consumo de tabaco, situaciones de consumo, historia de consumo de drogas y datos sociodemográficos.

**Duración:** 1 hora con 30 minutos

**Explicar:**

Objetivo de la sesión y el objetivo de cada uno de los instrumentos

**Aplicar:**

- **Entrevista Inicial**
- **Formato de confianza e importancia para dejar de fumar.**
- **Cuestionario breve de confianza situacional**
- **Línea Base Retrospectiva de 60 días.**

**Explicar:**

Los resultados de la evaluación se entregarán la siguiente sesión

**Entregar al usuario:** AUTO- MONITOREO, explicar su objetivo, forma de empleo.

**Entregar Folleto No. 1:** revisarlo brevemente explicando que debe leerlo y completar algunas secciones para la siguiente sesión.

**PROGRAMAR LA SESION 3: Una semana después.**

## **Sesión 3: BALANCE DECISIONAL**

**Objetivo:** Esta sesión tiene por objetivo que el usuario realice un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar fumando o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación, y partir de este análisis establecer una meta de consumo para las siguientes sesiones.

**Discutir:** AUTO- MONITOREO: si hubo consumo en qué situaciones, razones por las que fumó, cómo se sentía)

**Revisar:** Folleto No. 1.

Explicar y discutir resultados de:

- **Cuestionario para Fumadores**
- **Línea base retrospectiva**
- **"Formato de confianza e importancia para dejar de fumar"** (porqué eligió ese porcentaje;

- ⊗ **"Cuestionario breve de confianza situacional"** mencionar las situaciones de riesgo del usuario

Aplicar: **Formato "Balance decisional"**

Discutir:

- ⊗ Ventajas y desventajas de dejar de fumar y continuar fumando, con apoyo del Folleto 1 y Formato de "Balance decisional"
- ⊗ Principales razones de cambio
- ⊗ Barreras anticipadas para dejar de fumar
- ⊗ Establecimiento de meta

**Dar Folleto No. 2:** revisarlo brevemente explicando que lo debe completar para la próxima sesión.

**PROGRAMAR SESIÓN 4: 1 SEMANA (pedir al usuario continuar con su AUTO-MONITOREO).**

#### **Sesión 4: IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO**

**Objetivo:** El usuario identificará las situaciones que precipitan el consumo tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.

**Discutir:** AUTO- MONITOREO

**Revisar:** El Folleto No. 2.

Discutir:

- Situaciones de riesgo
- Identificar los antecedentes de su consumo de tabaco
- Identificar las consecuencias inmediatas del consumo de tabaco
- Identificar las consecuencias a largo plazo del consumo de tabaco
- Posibles estrategias para dejar de fumar

#### **PASO 4A: HA DEJADO DE FUMAR**

**Reforzar:** preguntar: ¿Cómo se ha sentido?

**Preguntar:**

- ⊗ ¿Qué actividades realizó?
- ⊗ ¿Estrategias utilizadas?
- ⊗ ¿Quién lo apoyó?/

- ¿Qué estrategias no utilizó? /dificultades
- ¿Qué es lo que hizo diferente?

**Discutir los planes entre esta y la siguiente sesión**

- ¿Cuáles son sus planes para no tener una recaída?
- ¿Cuáles son las técnicas que empleará para cumplir sus planes?

**PROGRAMAR LA SESIÓN 5: 1 o 2 semanas después.**

**PASO 4B: NO HA DEJADO DE FUMAR**

**Revisar circunstancias:** Discutir dificultades/ problemas encontrados.

**Usar recaídas como experiencias de aprendizaje:** ¿Qué alternativas necesita para lograrlo?

**Discutir:**

- ❖ Qué otras alternativas necesitan ser consideradas
- ❖ Posibilidad para usar la Terapia de Sustitución con Nicotina (por ejemplo el chicle o el parche)

**Dar Folleto No. 3:** revisarlo brevemente explicando que lo debe leer y completar para la próxima sesión.

**Motivar al usuario para que realice un nuevo auto-monitoreo**

**PROGRAMAR SESION 5: En 1 Semana**

**Sesión 5: PLAN DE ACCIÓN**

**Objetivo:** El usuario analizará y describirá sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y apoyos sociales disponibles) con el fin de emplearlos en su programa de cambio. Se le presentará un programa general de solución de problemas en donde el usuario describirá las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas.

**Revisar:** AUTO- MONITOREO.

Aplicar:

- "Formato de confianza e importancia para dejar de fumar"
- Cuestionario breve de confianza situacional

**Discutir:**

Resultados de la segunda aplicación del **Formato de confianza e importancia para dejar de fumar** y **Cuestionario breve de confianza situacional**, y compararlos con la primera aplicación.

**Revisar:** El Folleto No. 3.

Discutir:

- ⊗ **Montaña de la recuperación:**
- ⊗ Plan de acción
- ⊗ Alternativas para dejar de fumar
- ⊗ Plan de Auto-reforzamiento

#### **PASO 5A: Ha dejado de fumar**

**Felicitar/ Reforzar/ ¿Qué es lo que ha hecho?**

**Revisar** cualquier dificultad/ problemas (ver arriba)

**Discutir:**

- ❖ Analizar una perspectiva realista en su cambio- prevención de recaídas.

**Preguntar:** ¿Cuáles son sus planes para mantenerse sin fumar en las próximas semanas?

**PROGRAMAR SESIÓN 6: 2 semanas después.**

#### **PASO 5B: No ha dejado de fumar**

**Regresar al paso 4B**

**Considerar:** Terapia de sustitución con nicotina (por ejemplo chicle o parche)

**Discutir:**

situaciones de riesgo y problemas para dejar de fumar.

**Pedir que continúe con su AUTO- MONITOREO.**

**Recordar:** Muchas personas que tienen éxito para dejar de fumar realizan muchos intentos.

**PROGRAMAR SESIÓN 6: preguntar al usuario**

### **Sesión 6: CIERRE DE PROGRAMA**

**Objetivo:** Comentar los avances logrados en relación con sus planes de acción y se presentará un resumen de los resultados de las sesiones anteriores.

**Revisar:** Auto- MONITOREO

**Discutir:** Situaciones de riesgo que se pueden presentar en el futuro y realizar un resumen del programa.

**PASO 6a: Ha dejado de fumar**

**Motivar/ Reforzar/ ¿Qué es lo que ha hecho?**

**Revisar:** cualquier dificultad/ problemas (ver arriba)

**Discutir:** Los avances logrados en relación con sus planes de acción y resultados de las sesiones anteriores.

**Preguntar:** ¿Cuáles son sus planes para mantenerse sin fumar en las próximas semanas o meses?

**Recordar:** Si ocurren recaída puede llamar para ayuda adicional. Recordar el concepto de Montaña de la recuperación.

**PASO 6B: NO HA DEJADO DE FUMAR**

**Reconsiderar datos:** ¿Qué espera hacer ahora? ¿Considera la Terapia de sustitución con Nicotina como una posibilidad?

**Discutir :** La necesidad de intentarlo nuevamente.

**PROGRAMAR 1er. SEGUIMIENTO: 1 mes después**

***Sesión* : SEGUIMIENTO**

**Revisar:**

AUTO- MONITOREO

**Preguntar:**

Pudo llevar a cabo planes de acción desarrollados.

Se ha presentado situaciones de riesgo nuevas y cuales fueron sus planes de acción para enfrentarlas

**ANEXO 10. BALANCE DECISIONAL**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
No. exp.

\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sesión

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Nombre:**

**Edad:**

**Sexo:**

|                    | <b>Dejar de fumar</b> |
|--------------------|-----------------------|
| <b>Ventajas</b>    |                       |
| <b>Desventajas</b> |                       |

**Principales razones de cambio:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**META:** \_\_\_\_\_