



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y
CONFIABILIZACIÓN DEL INVENTARIO DE
SITUACIONES DE CONSUMO DE TABACO

(TSCT)

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

Presenta:

VICTORIA MEDINA NOLASCO

Directora de Tesis: Dra. Lucy María
Reidl Martínez

Revisora: Lic. Leticia Echeverría San
Vicente





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.

Solemos preguntarnos: ¿dónde se encuentra la alegría de vivir?, ¿realmente merece la pena este esfuerzo, si durante todo un año intenté superar mis limitaciones, sustenté mi familia, actué de la mejor manera posible, y a pesar de todo no llegué a donde quería?

Un guerrero de la luz comprende que el despertar es un proceso largo, y que es necesario equilibrar contemplación y trabajo para llegar adonde se desea.

Reflexionando sobre lo que no logró, no conseguirá cambiar, todo lo contrario: en estas preguntas se encuentra el origen de la inacción y el desánimo.

Sí, es posible que hayamos hecho todo correctamente y que los resultados no sean visibles, pero estoy seguro de algo:

**Sí que hay resultados,
éstos se revelarán mientras vayamos caminando, si no desistimos ahora.**

Anónimo

DEDICATORIAS

Dedico con todo mi corazón este trabajo a mi padre **José Medina** y a mi madre **Mary Nolasco**.

Pa: uno de tus más grandes objetivos en esta vida está cumplido. Esta investigación que realicé para obtener el grado de licenciada concluye uno de tus mayores esfuerzos, sin embargo, considero que el mayor logro lo obtuviste al enseñarme como a través del trabajo, la responsabilidad, el compromiso y la constancia puedo alcanzar cuanto yo desee. Todo esto lo aprendí de tí y de mi mamá de la mejor manera...el ejemplo. Te agradezco mucho esta gran herencia.

Muchas gracias por tu infinito amor y felicidades por este logro.

Ma: a lo largo de este difícil camino tú (como siempre) hiciste lo imposible por aligerar mi carga. Gracias por alentarme todos los días a ser una mejor mujer y por no perder la fe en mí.

Agradecimientos

Amor: me hace muy feliz saber que cuando inicie este proyecto estabas tú y ahora que concluye seguimos juntos. Gracias por tu amor, paciencia y enseñanzas, pero sobre todo por tu apoyo incondicional.

Vero, Ara, Toño y Ceci: este trabajo también es suyo, en realidad fue un trabajo de equipo, vivieron y padecieron junto conmigo a lo largo de este camino y se los agradezco mucho. Su amor y apoyo fueron y serán indispensables en mi vida.

Emi: muchas gracias mi amor por entender cuando debía de hacer tarea, por tu bonita compañía en esas caminatas a la facultad, a Acapulco y a la Universidad. Gracias también por la paciencia que me tuviste en momentos de larga espera.

Tía Lety, Tía Juanita y Tío Jaime: en mi vida han sido figuras importantes a partir de las cuales he querido ser, gracias por los elementos que han aportado en mi crecimiento y madurez personal.

Rox: amiga, gracias por no abandonarme cuando más te he necesitado, porque sé que aunque hay distancia de por medio estas conmigo. Mil gracias

Homero: en las muy buenas, en las no tan buenas y en muchas muy malas has estado a mi lado. Gracias.

Jul y Fer: les agradezco mucho su entusiasmo y tiempo para apoyarme en mi formación como psicóloga sobre todo durante su niñez, ahora que son más grandes por cuidar a mi hijo mientras estudio o atendiendo a mis pacientes.

Sra. Paty y Sr. Vicente: me siento muy afortunada de tener unos suegros como ustedes, percibo que la forma en que han sido mi sostén, me han dado una palmada en la espalda para seguir adelante y han disfrutado junto conmigo es sin lugar a dudas una forma de expresarme su cariño. Muchas gracias.

Viri, Vanía, Montse y Caro: regresar a Acapulco fue un paso muy importante en mi vida y a mi lado estuvieron ustedes primero para darme un recibimiento caluroso, después para animarme y celebrar junto conmigo nuestras metas, en otras ocasiones menos afortunadas pero no por eso menos importantes compartir momentos de temor, incertidumbre y frustración. Ahora que han pasado casi 3 años y tomamos rumbos diferentes me quedo con muchas enseñanzas como persona, estudiante y terapeuta. Gracias por todo.

Jennifer: gracias a ti estoy ahora aquí. Gracias por darme la oportunidad de trabajar contigo, por compartir sin recelos tus conocimientos conmigo, por ser una excelente maestra y una ejemplar investigadora. Gracias por formarme como terapeuta, por ser mi amiga pero sobre todo por confiar en mí. Muchas, muchas gracias.

Agradecimientos

Dra. Lucy María Reidl: gracias por el tiempo brindado y por las enseñanzas compartidas.

Dra. Lydía Barragán: agradezco la forma tan cuidadosa que tuvo para revisar y corregir mis primeros pasos haciendo investigación, siempre es alentador y motivante aprender de una persona como usted.

Mtro. Miguel Ángel Medina: Le agradezco el tiempo y las observaciones hechas a mi trabajo, su buen humor fue parte importante en mi proceso de investigación para tener una mejor actitud para el trabajo. Gracias por todo.

Mtra. Gabriela Ruiz: muchas gracias por tu tiempo, por estar pendiente de mí y de mi trabajo siempre, por la disponibilidad y paciencia para escucharme y aclarar mis dudas.

Hace 5 años tuve la oportunidad de conocer a una persona quien siempre tuvo el tiempo para hacer una pausa en sus actividades y escuchar lo que una alumna en su intento por querer lograr, la angustia que nuevos retos le causaban, la frustración con la que se encontraba sin poder evitarlo y aún con todo esto, tener la capacidad de transmitirle palabras de aliento que venían de su corazón...

Hoy gracias a las oportunidades que me dio y por la confianza que tuvo en mi trabajo soy muy feliz porque hago lo que amo no descuidando mis prioridades. Le estaré eternamente agradecida **Mtra. Lety.**

Índice

Resumen.....	9
Introducción.....	11
Capítulo 1: El Tabaco	
- Historia del tabaco.....	14
- Datos epidemiológicos.....	17
Capítulo 2: Consecuencias en la salud por el consumo de tabaco	
- Tipos de fumadores.....	20
- Principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco activo.....	21
- Tasas de mortalidad en México por enfermedades asociadas con el tabaquismo activo.....	24
- Efectos del tabaquismo pasivo o involuntario sobre la salud.....	27
- Consecuencias en la salud de la mujer por el consumo de Tabaco.....	30
Capítulo 3. La adicción al tabaco	
- Dependencia.....	32
- Síndrome de abstinencia.....	33
- Tolerancia.....	34
- Composición del tabaco.....	35
- Métodos de administración de nicotina.....	37
Capítulo 4: Tratamientos para dejar de fumar	
- Tratamientos farmacológicos: nicotínicos y no nicotínicos.....	38
- Enfoque Psicológico: tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales.....	47

Capítulo 5: El Modelo de Prevención de recaídas

- Definición de la recaída.....56
- Modelos del proceso de recaída..... 58
- Factores determinantes en el proceso de recaída..... 60
- Procedimientos de Prevención de recaídas.....63
- Factores cognitivos y determinantes psicológicos del proceso de recaída..... 68
- Factores predisponentes y/o vulnerabilidad a la recaída..... 71
- Precipitantes de la recaída..... 72
- Revisión de instrumentos situacionales..... 80

Capítulo 6. Método

- Objetivo general..... 84
- Fase 1. Situaciones de consumo de tabaco..... 84
- Fase 2: Categorización de las situaciones de consumo..... 85
- Fase 3: Construcción del instrumento a partir de las situaciones identificadas88

Capítulo 7. Resultados

- Fase 1. Identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales..... 90
- Fase 2. Categorización de las situaciones por un panel de expertos
Evaluación interjueces 1.....90
Evaluación interjueces 2..... 91
- Fase 3. Fiabilidad y validez.....93
Análisis de Frecuencias.....93
Análisis Factorial.....94
Análisis de Confiabilidad.....96

Discusión y Conclusión..... 98

Referencias..... 101

Anexos..... 108

Resumen

El Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco, nace de la necesidad de contar con un instrumento que permita identificar situaciones de consumo en fumadores.

Para lograr este objetivo, la investigación pasó por 3 fases: 1. Identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales, 2. Categorización de las situaciones por un panel de expertos, y 3. Construcción de un instrumento con las situaciones identificadas y análisis de fiabilidad y validez.

Se formaron tres grupos focales cuyo número de participantes fue de 6 a 12 personas por cada uno. Participaron fumadores voluntarios que tuvieran de 18 a 65 años. Las entrevistas fueron conducidas por un moderador y se llevaron a cabo en cubículos. A partir de estas entrevistas se identificaron 98 situaciones de consumo de tabaco.

Para poder categorizar las situaciones de la Fase 1, se realizaron dos piloteos. Participaron 37 jueces en total, 15 en el primero y 22 en el segundo. En el primer piloteo el instrumento estuvo formado por 98 situaciones y 10 categorías para clasificar. En el segundo piloteo la cantidad de reactivos y categorías se redujo a 90 y 9 respectivamente.

El instrumento que se piloteo en fumadores quedó conformado por 46 reactivos y 6 categorías, se integraron cuatro opciones de respuesta: nunca, rara vez, frecuentemente y siempre. Se realizaron 342 aplicaciones, el 51.2% a mujeres y el 48.8% a hombres fumadores voluntarios de 18 a 65 años.

Se realizaron tres tipos de análisis: el análisis de frecuencias, arrojó 27 reactivos con variabilidad en las respuestas; el análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, arrojó 4 factores: "*Emociones desagradables*", "*Búsqueda*

de bienestar”, *“Ocupando mi tiempo libre”* y *“Momentos agradables con otros”*. Por último, el análisis de consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad Alpha de Crombrach, arrojó un coeficiente alfa de .97 para el cuestionario en su totalidad y los valores para los factores resultantes alcanzaron un índice aceptable de confiabilidad (de .79 a .94).

Finalmente, el Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco, quedó conformado por 33 reactivos. Este instrumento será una herramienta indispensable que permitirá personalizar y optimizar las intervenciones dirigidas al cese y mantenimiento del consumo de tabaco.

Introducción

Desde 1950 se han realizado una serie de estudios epidemiológicos que han demostrado que el consumo de tabaco esta asociado 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).

Cuando el tabaquismo comenzó a reconocerse como un grave problema de salud pública en los países desarrollados, se abrieron líneas de investigación para precisar los daños provocados por el consumo de tabaco, mismos que han sido evidenciados en un gran número de padecimientos como el cáncer de pulmón, vejiga, labios y lengua, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, diversas manifestaciones en el aparato digestivo como úlcera y gastritis crónica, aborto y parto prematuro, entre otros.

Las enfermedades asociadas al hábito en su mayoría son de carácter crónico-degenerativo, irreversibles, incapacitantes y letales, conllevan a la sobre utilización de los servicios de salud, al incremento del ausentismo laboral, a la disminución de la productividad y al aumento de la tasa de mortalidad por padecimientos asociados, lo que se traduce en una fuerte elevación del gasto social.

En México, a través de la ultima Encuesta Nacional de Adicciones (2002) se sabe que el número de personas de 18 a 65 años que fuma diariamente representa 54.1% del total de fumadores; más de medio millón consume 20 o más cigarrillos al día. Para ambos sexos, más de 60% fuma entre uno y 5 cigarrillos diarios.

Se ha señalado que si los patrones de consumo actuales persisten, cada año morirán más personas a causa del consumo de tabaco, se perderá un número mayor de años de vida saludable y se incrementarán los costos directos e indirectos ocasionados por el tabaquismo en los servicios de salud, afectando severamente el presupuesto de los sistemas de atención a la salud.

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.

Sin embargo, los programas de corte cognitivo-conductual, son los que muestran una eficiencia mayor. Una de las metas de las intervenciones breves es disminuir la probabilidad de que la persona consuma drogas en situaciones de riesgo, para esto, es importante habilitar al individuo con respuestas de afrontamiento alternativas al consumo de drogas. Sí el individuo aprende nuevas formas de afrontar situaciones estresantes y tiene la oportunidad de practicar estas habilidades sin la ayuda de un “soporte”, su autoeficacia se fortalecerá y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt y Gordon, 1985).

Los programas de intervención breve, para el tratamiento de las conductas adictivas, constan de los siguientes componentes (Marlatt y Gordon, 1985): 1) estrategias de afrontamiento (cognitivas y conductuales) 2) identificación de situaciones de riesgo en las que puede ocurrir el consumo y 3) apoyo en la anticipación y preparación de las posibles recaídas, interviniendo sobre sus

expectativas, perfeccionando sus habilidades de afrontamiento hacia el consumo, evitando que estas sean poco realistas para que sean efectivas en la prevención de estas situaciones.

Por lo tanto, una de las estrategias centrales de las intervenciones breves, es la identificación de las situaciones que se consideran de riesgo para el consumo o la recaída en el consumo de drogas. Entendiéndose por situación de riesgo de consumo de drogas, cualquier situación que amenaza el sentido de control del individuo (autoeficacia) e incrementa el potencial de riesgo para la recaída (Marlatt y Gordon, 1980).

Para la identificación de las situaciones de riesgo es necesario evaluar las situaciones principales de consumo de los usuarios de drogas. En 1997, Annis retomó las categorías planteadas por Marlatt (1979), con la finalidad de desarrollar un cuestionario que permitiera al individuo identificar y evaluar las situaciones de riesgo que precipitan el proceso de una recaída, denominado: "Inventory of Drug Taking Situations", y posteriormente adaptado para México en población adulta por De León, Pérez, Oropeza y Ayala (2001). En 2003 el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes fue adaptado por Martínez, Ruiz & Ayala.

En España, Becoña y Míguez (1995) categorizaron episodios de recaída en fumadores con el modelo de Marlatt y Shiffman. Para 2004 Becoña y Lorenzo desarrollaron un cuestionario para evaluar la conducta de fumar en su artículo "Evaluación de la conducta de fumar".

Sin embargo, en México se carece de un instrumento de evaluación que permita identificar claramente las situaciones de riesgo en fumadores, de acuerdo a las categorías de Marlatt (1980). Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue crear, adaptar y confiabilizar el Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco (ISCT).

Capítulo 1

El Tabaco

Se revisa de manera breve la historia del uso del tabaco, su consumo, y las primeras asociaciones estadísticas entre su consumo y los daños a la salud. Se muestran también datos epidemiológicos del consumo de tabaco en el mundo y en nuestro país.

Historia del tabaco

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos y políticos, así como medicinales; de estos últimos, se le atribuían propiedades sanativas en contra del asma, la fiebre, heridas producidas por la mordedura de algunos animales, problemas digestivos y enfermedades de la piel. De los primeros, se empleaba en las grandes celebraciones y para sellar alianzas bélicas o en la suscripción de acuerdos de paz después de una guerra. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco. En 1497, Américo Vesputio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.

Para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África, etc. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la N. rustica, originaria de México. Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, rapé, a la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas; de hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta; en Francia, André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos; en 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local depetún.

Para algunos, los ingleses son los responsables de que se popularizara la costumbre de fumar gracias a Sir Walter Raleigh, cortesano de Isabel I, percibiéndosele entonces como un distintivo de aristocracia. El consumo de tabaco continuó extendiéndose; sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento Misocarpus; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos.

En 1606 Felipe III decretó que el tabaco sólo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros. Unos años después, en 1614, el mismo Felipe III designó por decreto a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el

producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posterior exportación.

España fue el primer sitio en donde se gravó fiscalmente la importación de tabaco; en efecto, hacia 1611, cuando ya había plantaciones formales en Santo Domingo y Cuba, las cortes españolas decidieron en 1623 que la hacienda pública se hiciera cargo de la comercialización de las labores del tabaco, lo que dio origen al establecimiento de uno de los monopolios más antiguos de que se tiene memoria. Las rentas se destinaban básicamente a financiar obras públicas y sociales, como la construcción de la Biblioteca Nacional de Madrid y la publicación del primer Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española en 1723. La cascada de países que grabaron el tabaco no se hizo esperar; así lo hicieron Portugal en 1664, Austria en 1670 y Francia en 1674. De la misma manera que varios Papas satanizaron y excomulgaron a los fumadores, el Papa Alejandro VII, con gran visión financiera, estableció el primer impuesto en el mundo sobre el uso del tabaco, en el año de 1660, antes de que se levantara la excomunión a los fumadores, acción que fue completada por Benedicto XII al establecer la primera fábrica pontificia de tabaco en 1779, encargando la elaboración de los cigarrillos a las monjas de varios conventos de Roma.

En 1753, Carlos Linneo bautizó la planta con el nombre de *Nicotiana tabacum*. Durante la Segunda Guerra Mundial las mujeres contribuyeron al esfuerzo bélico-antibélico y se “ganaron” el derecho de fumar en público a la par que los hombres, afirmando su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo. El primer cigarrillo con filtro apareció en 1949, como una respuesta a la presión de un sector de los fumadores, preocupados por los daños que pudiera causar a la salud, aunque las compañías tabacaleras nunca lo reconocieran así.

En 1954 se publicó el estudio epidemiológico realizado en más de 4,000 médicos británicos por Richard Doll y Austin Hill, en Inglaterra, demostrando la irrefutable asociación estadística entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón.

En 1964 apareció el primer informe del Cirujano General de Estados Unidos, referente a los daños a la salud causados por el tabaquismo y desde entonces aumenta logarítmicamente la información sobre el tabaquismo como inductor de enfermedad en todos los aparatos y sistemas, como causante de una muerte cada 10 segundos y responsable de más del 6% de los fallecimientos anuales en el mundo (Rubio y Rubio, 2006).

Datos Epidemiológicos

Considerando reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el consumo de tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global con pocos signos de ser abatida. El tabaquismo afecta a todos los grupos sociales, y no tiene limitantes de género, edad o religión (Kuri, 2002).

En 1998, se estimaba que el tabaco causaba 3.5 millones de muertes alrededor del mundo; es decir, diez mil muertes diarias (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2005). Para este mismo año la OMS señaló que de la población mundial, 30% de los adultos eran fumadores y que cada minuto morían siete personas por enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Tapia, Kuri & Hoy, 2001).

Para 2002, se señaló que había casi 1,100 millones de fumadores en el orbe, de los cuales, 300 millones eran de países desarrollados (relación de dos hombres por cada mujer), comparados con los 800 millones de fumadores en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer) (Kuri, 2002). El número de muertes ascendió a 4.9 millones de personas por año. En el 2003, la mortalidad asociada al tabaquismo incidía en 13 mil 500 personas diariamente (INEGI, 2005).

Actualmente, el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año (Kuri, González, Hoy & Cortés, 2006). En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1

300 millones de personas consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres (Kuri et al. 2006).

Basadas en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a diez millones de muertes anualmente entre el 2020 y 2030, de las cuales siete millones tendrán lugar en países en desarrollo (Kuri, et al. 2006). Asimismo, los fumadores que comienzan a fumar en la adolescencia y siguen fumando regularmente, tienen 50% de probabilidades de morir a causa del tabaco, la mitad de éstos morirá antes de los setenta años, con una pérdida de 22 años de esperanza de vida normal (INEGI, 2005). Actualmente, cada diez segundos muere una persona en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco y el número de muertes sigue en aumento (Kuri, Alegre, Mata & Hernández, 2002).

En México, es a través de la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], (2002) que se ha obtenido información relevante para conocer los alcances del consumo de tabaco.

La ENA (2002) divide el análisis sobre el consumo de tabaco en dos grandes grupos de población, aquella de 12 a 17 años de edad (la que podríamos llamar población adolescentes) y la comprendida de 18 a 65 años.

Los adolescentes son objeto especial de atención porque se ha observado un incremento en los patrones del consumo entre ellos, no obstante que en esta edad es ilegal el uso del tabaco; se conoce que el consumo de tabaco se hace cada vez a edades más tempranas, lo que puede tener como consecuencia el inicio del consumo de otro tipo de droga (INEGI, 2005).

La población de 18 a 65 años, es el grupo de edad donde se concentra el mayor número de fumadores y se observan más claramente los efectos de la adicción al tabaco, razones entre muchas otras que lo convierten en el grupo de población principal para el estudio de la dinámica del tabaquismo (INEGI, 2005). En la última

encuesta (2002), se revela lo siguiente: entre los hombres de 18 a 65 años es mayor el porcentaje de fumadores (42.2%) en comparación con la proporción de fumadoras (15.1%) del mismo grupo de edad. Las mujeres de entre 18 y 65 años tienen menor consumo de tabaco que los varones; 71% son no fumadoras.

Del total de personas de 18 a 65 años de edad (56 millones) la ENA (2002) señaló que el 27% fumó el año anterior a la entrevista y 19.9% usó el tabaco al menos una vez en su vida. Asimismo, casi 68 de cada 100 personas de entre 18 y 29 años consumió tabaco alguna vez en su vida (fumadores y ex-fumadores).

De acuerdo con las características sociodemográficas, las personas de 18 a 29 años de edad residentes en áreas urbanas consumieron tabaco en una proporción de 49.8% (fumadores más ex-fumadores) en contraste con 27.2% de los habitantes de zonas rurales de la misma edad que realizaron esa práctica (ENA, 2002).

En cuanto al consumo por edad, la ENA (2002) señaló que el porcentaje de personas que consumió tabaco (fumadores más ex-fumadores) se incrementó conforme aumentó la edad: de 18 a 29 años, 45.1%; de 30 a 39 años, 46.3%; de 40 a 49 años, 50.7%; y en el grupo de 50 a 65 años, desciende ligeramente a 47.1%.

Al considerar la proporción de fumadores de 18 a 65 años por nivel escolar (ENA, 2002), el mayor porcentaje de usuarios de tabaco en la población que curso algún grado de preparatoria fue de 36.8%, seguida por los que aprobaron al menos uno de universidad 34.6% y los que cursaron entre uno y tres grados de secundaria 31.8%.

Al observar el porcentaje de personas de 18 a 65 años que consumió tabaco (fumadores y ex-fumadores) por nivel escolar (ENA, 2002), se resalta la proporción de quienes cursaron algún año de posgrado, por ser la que concentra

un mayor número de consumidores (69.4%); seguido por los que terminaron al menos un año de preparatoria (57.1%) y aquellos que cursaron por lo menos uno universitario (56.1%).

El número de personas de 18 a 65 años que fuma diariamente representa 54.1% del total de fumadores; más de medio millón consume 20 o más cigarrillos al día. Para ambos sexos, más de 60% fuma entre uno y 5 cigarrillos diarios.

Capítulo 2

Consecuencias en la salud por el consumo de tabaco

Existen una variedad de enfermedades y efectos adversos asociados al consumo de tabaco. En los últimos años, se ha dado a conocer que el tabaquismo también afecta a los fumadores pasivos y es un factor de riesgo en enfermedades relacionadas con su consumo. En este capítulo, se revisa cómo el tabaco afecta a cada tipo de fumador.

Tipos de fumadores

Samet (2002) define diferentes tipos de fumadores: activo y pasivo. Los fumadores activos son aquellos que inhalan el humo de la corriente principal (CP), el humo que se aspira directamente por el extremo del cigarro. Un fumador pasivo es aquel no fumador (ex-fumador o nunca fumador) que se expone involuntariamente al humo de tabaco, especialmente en un ambiente cerrado (Tapia et al. 2001).

Los fumadores pasivos, inhalan lo que se denomina humo del tabaco del ambiente, mismo que incluye una mezcla principalmente de humo de la corriente secundaria (CS), producto del cigarro que arde sin llama y parte de la corriente principal que se exhala.

Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del tabaco, entre ellos la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono, fenoles, ácido fórmico, formaldehídos, acroleínas, cianuro de hidrógeno, óxido nitroso, etc., (Becoña, 2004a).

Estos componentes al ser absorbidos por el organismo traen graves consecuencias: la nicotina, es una sustancia altamente adictiva y tóxica que rápidamente atraviesa la barrera hematoencefálica; el alquitrán, que esta acompañado de otros componentes como los carcinógenos o cocarcinógenos

tienen un papel activo en la génesis de procesos tumorales en el organismo; y el monóxido de carbono, que es un gas de elevada toxicidad limita el abastecimiento del oxígeno al organismo.

Según Becoña (2004a) ningún otro factor de riesgo tiene tanta importancia como el fumar tabaco, pues el 50% de las personas que fuman morirán por enfermedades asociadas con el consumo.

Principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco activo

Se ha asociado el consumo de tabaco con diversas enfermedades, y otros efectos adversos (véase Tabla 1). Es posible agrupar estas asociaciones en las categorías generales de cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción (Becoña & Vázquez, 1998).

Tabla 1. Se describe como los componentes del tabaco afectan la salud de los fumadores y se asocian con algunas enfermedades (*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [AETS], 2003; Becoña & Vázquez, 1998; Samet, 2002*).

Enfermedad	El papel del consumo de tabaco
Enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares	<p>La vasoconstricción que produce la nicotina es causante en algunos casos directamente de la enfermedad y en otras de su agravación.</p> <p>La relación entre la enfermedad vascular periférica y el consumo de tabaco es conocida, 90% de los enfermos son fumadores, constituyendo por tanto, este el principal factor de riesgo. Las enfermedades cardíacas son hoy la causa de muerte más común relacionada con tabaco en países de alto ingreso (AETS, 2003)</p>
Cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio)	Una inadecuada oxigenación de los tejidos y de otros órganos corporales por el monóxido de carbono, la vasoconstricción por la nicotina, y la presencia de otros factores de menor importancia van

a permitir una supresión parcial o total del riego en una zona del corazón produciendo una falta de aporte de oxígeno, lo que lleva a la isquemia.

Si es poco intensa aparece la angina de pecho pero si su intensidad aumenta puede dar lugar a infarto de miocardio.

Tumor maligno de pulmón

El tabaquismo se va a relacionar causalmente con el tumor maligno de pulmón, la magnitud del efecto del tabaquismo va a superar por mucho todos los demás factores.

El riesgo de adquirir tumor maligno de pulmón va a aumentar con la duración del tabaquismo y con el número de cigarros fumados al día, y disminuye al dejar de fumar. En comparación con los no fumadores, los hombres fumadores de cigarros promedio tienen aproximadamente de 9 a 10 veces más riesgo de desarrollar tumor maligno de pulmón, y los fumadores empedernidos, al menos 20 veces más.

Cáncer de vejiga

Aunque aún no se conocen los mecanismos patogénicos específicos, se ha sugerido la posibilidad de que sea la nitrosocotina (presente en el humo del tabaco) uno de los factores causales de la enfermedad.

En cambio, diversos estudios han reportado una relación positiva entre tabaquismo y cáncer de vejiga y esto es debido a que el sistema urinario constituye la vía fundamental de eliminación de la nicotina y sus metabolitos. La interrupción del hábito reduce el riesgo en casi 50% luego de sólo unos cuantos años, si se compara con los que siguen fumando (Samet, 2002).

Cáncer de páncreas

A pesar de que en diversos estudios se ha señalado la relación positiva entre tabaquismo y esta enfermedad, se acepta también la idea de que en la generación de la misma también intervendrían

factores como la dieta y el consumo excesivo de café.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (bronquitis crónica y enfisema)	Sus cuadros clínicos están claramente relacionados con la inhalación del humo del tabaco. La bronquitis crónica es un proceso asociado con la exposición prolongada a irritantes bronquiales no específicos y acompañado de hipersecreción mucosa y cambios anatómicos consistentes en hipertrofia de las glándulas mucosas, metaplasma escamosa y signos de inflamación con expectoración y tos. El enfisema es una alteración en la arquitectura pulmonar, con un ensanchamiento anormal de los espacios aéreos distales de los bronquios terminales, acompañado de alteraciones obstructivas de las paredes alveolares. Actualmente la mortalidad que se le atribuye al tabaco en estas enfermedades es del 80% (Becoña & Vázquez, 1998).
---	--

Úlcera péptica (úlcera de estómago y úlcera duodenal)	El humo del tabaco por inhalación se introduce hasta los pulmones, pero en su recorrido también desciende al esófago y estómago. En los fumadores, la aparición de la úlcera péptica es dos veces más frecuente que en los no fumadores. Del mismo modo, se ha encontrado relación entre el consumo de tabaco y cáncer gástrico (Samet, 2002).
---	--

Otros riesgos para la salud	Deterioro del funcionamiento sexual, impotencia y alteración en la formación del esperma en hombres. Envejecimiento cutáneo (aparición precoz de arrugas faciales), repercusiones en la curación de heridas (retraso en la cicatrización), aumento en la producción de caries, disminución del gusto y del olfato, riesgo en la producción de osteoporosis, peor recuperación post-operatoria, incremento en el riesgo de cataratas y degeneración macular entre otros (Becoña & Vázquez, 1998). Tos, expectoración e hipersecreción de moco, es de manera arrolladora la consecuencia más importante de fumar tabaco (Samet, 2002).
-----------------------------	--

La lista de enfermedades causadas por el tabaquismo se ha ampliado y ahora incluye aneurismas aórticos abdominales, leucemia mieloide aguda, cataratas, cáncer de cuello uterino, cáncer cervical, cáncer de riñón, cáncer del páncreas, cáncer de esófago, cáncer de laringe, cáncer de estómago, leucemia, neumonía, periodontitis, arterosclerosis y pulmonía. Estas enfermedades se suman a las que ya se sabía que estaban asociadas al consumo de tabaco (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

En México los datos no son alentadores, las tasas de morbilidad y mortalidad siguen aumentando significativamente.

Tasas de mortalidad en México por enfermedades asociadas con el tabaquismo activo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el tabaco es la causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muertes al año y que tiene además, repercusiones sociales y económicas muy importantes.

En México, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea ocuparon los primeros lugares en la mortalidad general en 1998 (Tapia et al. 2001). En este mismo año, más de 44 mil mexicanos murieron por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, lo que equivale a 122 mexicanos muertos diariamente.

Anualmente ocurren más de 6 mil muertes por cáncer de pulmón (la tasa es más elevada en los hombres, un reflejo del mayor consumo en este grupo), y más de 12 mil por cardiopatía, directamente causada por el hábito de fumar (Kuri et al. 2002).

En el 2002, estimaciones conservadoras indicaron que el número de muertes al día era de 122 personas aproximadamente debido a enfermedades asociadas con el tabaquismo; en total, más de 44 mil fumadores morían al año (Kuri et al. 2002).

Para el 2006, el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil, 165 muertes al día (Kuri et al. 2006).

El riesgo de desarrollar los principales padecimientos asociados al consumo de tabaco es de 2 a 9 veces en promedio, mayor entre los fumadores y fumadoras que entre la población no fumadora. Igualmente, se han reportado en la literatura médica y económica un buen número de estudios en los que se documenta la importante carga económica que imponen a los sistemas de salud las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco (Kuri et al. 2002).

Sin embargo, la extrapolación y aplicación directa de los estudios reportados a países como México es limitada, ya que la mayor parte de los trabajos se han realizado en países desarrollados, cuyas poblaciones difieren de manera importante de la nuestra, en sus hábitos de fumar, en estructura de edad, así como en la presencia de otros factores biológicos y sociales importantes (Kuri, et al. 2006).

Además, no son comparables tanto los costos como los esquemas de tratamiento y la accesibilidad a los sistemas de salud encargados de proveer la atención médica requerida en cada país.

En el artículo "Impacto del tabaquismo en la mortalidad en México", (*Salud Pública de México*, 2002) de 1990 a 2000 en poblaciones de 40 a 64 años (véase Tabla 2) y de 65 a más años de edad (véase Tabla 3) en hombres y mujeres se presentan las tasas de mortalidad en México de enfermedades como la isquémica del corazón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Estos son los resultados:

Tabla 2. Mortalidad en México por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en personas de 40 a 64 años (“Impacto del Tabaquismo en la mortalidad en México”, [*Salud Pública de México*, 2002]).

Tasas de Mortalidad en México en Población de 40 a 64 años				
Enfermedad	Hombres		Mujeres	
	1990	2000	1990	2000
Enfermedad Isquémica del Corazón	11.7	11.0	5.4	5.5
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2.3	1.9	1.4	1.3
Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón	2.8	2.2	1.2	1.0

Tabla 3. Mortalidad en México por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en personas de más de 65 años (“Impacto del Tabaquismo en la mortalidad en México”, [*Salud Pública de México*, 2002]).

Tasas de Mortalidad en México en Población de 65 a más años				
Enfermedad	Hombres		Mujeres	
	1990	2000	1990	2000
Enfermedad Isquémica del Corazón	66.4	72.9	53.8	62.7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	34.5	36.1	21.2	22.8
Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón	13.7	12.8	4.9	5.0

Comparando y analizando las cifras de las Tablas 2 y 3, se concluye que las tasas de mortalidad en México entre hombres y mujeres de 1990 a 2000 aumentaron significativamente en aquellas poblaciones con 65 años o más de edad en la enfermedad isquémica del corazón en hombres y mujeres y la enfermedad obstructiva crónica también en hombres y mujeres. En los casos de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, hay un pequeño incremento pero sólo en las mujeres.

Hablando específicamente del cáncer, se considera que se puede prevenir si se eliminan factores de riesgo como el consumo del tabaco, alcohol y alimentos inadecuados. Los factores determinantes de estos cánceres, también pueden ser eliminados con intervenciones apropiadas como la promoción y educación para la salud (Tovar-Guzmán, Barquera & López, 2002).

En México, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte entre las neoplasias malignas, y uno de los problemas más relevantes de salud pública; sin embargo, el consumo de tabaco y sus efectos dañinos en la salud se han investigado precariamente tanto en México como en otros países en desarrollo.

El cáncer de pulmón no sólo está asociado con el consumo previo, sino también con el tiempo, patrón y frecuencia de exposición. México ha estado mostrando un aumento importante de las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) durante las últimas tres décadas (Tovar-Guzmán et al. 2002). El cáncer atribuible al tabaco es una preocupación de salud pública, no solamente porque el pronóstico es pobre, sino porque también está aumentando dramáticamente el costo de la atención médica, y puede ser prevenido por medio de la educación para la salud, el aumento de los impuestos a los productos de tabaco y la regulación de la publicidad.

Efectos del tabaquismo pasivo o involuntario sobre la salud

Actualmente no existe duda alguna de que el tabaquismo causa daños en la salud de los fumadores activos. Sin embargo, en los últimos años el tabaquismo también se ha asociado en los fumadores pasivos como un factor de riesgo de enfermedades relacionadas con su consumo, principalmente si el fumador pasivo está expuesto a respirar el aire contaminado en lugares cerrados o sin ventilación (Becoña, 2004b).

Entre los fumadores pasivos se encuentran los bebés. El humo del tabaco los daña desde el vientre materno o cuando ya han nacido. Los bebés pueden respirar humo de segunda mano antes y después de nacer, puede ser que su madre sea una mujer fumadora o que estén expuestos al humo del cigarro por estar cerca de fumadores. Debido a que sus cuerpos están en desarrollo, los venenos del humo dañan al bebé mucho más que al adulto. Los bebés menores a un año de edad son los que más peligran (véase Tabla 4). (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Tabla 4. Consecuencias en la salud de los fumadores pasivos: en el embarazo.

Durante el embarazo	Aumento en la posibilidad de embarazo extrauterino (Sánchez, 2004)
	Mayor riesgo de nacimiento antes de término
	Aumento en la frecuencia de tener un aborto espontáneo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000)
	Mayor incidencia en la patología placentaria: placenta previa, desprendimiento prematuro, hemorragias, ruptura de las membranas (Becoña & Vázquez, 2000).
	Aumento de riesgo por muerte súbita fetal. El Síndrome de muerte súbita infantil (SIDS) es la repentina, inexplicable e inesperada muerte de un bebé menor a un año, se cree que es causada por cambios en el cerebro o pulmones que afectan la respiración del bebé.
	Muchos de los componentes del humo de segunda mano cambian el desarrollo del cerebro del bebé. Es más alta la probabilidad que mueren de SIDS los bebés cuyas madres fuman durante el embarazo (U.S. Department of Health and Human Services, 2006)
	Bajo peso al nacer
	Retraso en el crecimiento fetal
	Malformaciones en el feto (del sistema nervioso central [SNC], corazón y Síndrome de Down entre las más comunes) (Sánchez, 2004)
	El desarrollo de los pulmones de los bebés que están expuestos a humo de segunda mano no es normal. Sus pulmones son débiles, esta anomalía perdura a lo largo de su vida pudiendo llegar a la edad adulta (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

En el caso de las mujeres, cuando una madre fuma durante la lactancia, la leche materna pierde sus propiedades nutritivas y el efecto protector de infecciones gastrointestinales y respiratorias en el recién nacido se pierde (Sánchez, 2004). Véase la Tabla 5 para conocer otros efectos del consumo de tabaco en la producción de leche materna:

Tabla 5. Efectos del consumo de tabaco sobre la producción de leche materna

En la lactancia	Una madre fumadora tiene menor producción de leche (250 ml. menos por día)
	Es menos proclive a dar de amamantar
	Pasa antes a la lactancia artificial
	Daño cerebral por deficiencias de yodo en la leche materna (Sánchez, 2004)
	Existe un aumento en el riesgo de muerte súbita en el recién nacido cuando la madre es fumadora y se incrementa más cuando su consumo es mayor a 20 cigarros por día (Sánchez, 2004).

Después de la primera infancia, aumentan las manifestaciones respiratorias en los niños en función del tabaquismo en los padres (véase Tabla 6).

Tabla 6. Consecuencias en la salud de los fumadores pasivos: primera infancia.

Primera infancia	Aumento de tos, expectoración, infecciones del tracto respiratorio inferior y asma severa.
	Aumento de riesgo de Bronquiolitis
	Bronquitis
	Neumonía
	Infecciones de oído medio y otitis (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).
	Reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar
	Absentismo escolar

Para las personas adultas, la exposición durante una hora al aire contaminado por tabaco, equivale a fumarse tres cigarrillos (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Quienes no fuman y respiran humo en casa o en el trabajo tienen más probabilidades de enfermarse y morir de enfermedades cardíacas y de cáncer pulmonar (Becoña, 2004a). El humo de segunda mano puede causar otras enfermedades en diferentes partes del cuerpo (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Estas son las consecuencias en la salud del fumador pasivo adulto (ver Tabla 7).

Tabla 7. Consecuencias en la salud del fumador pasivo adulto

Edad adulta	Congestión nasal y tos
	Irritación de ojos, piel, nariz y garganta (OPS, 2000)
	Altera la función del corazón, sangre y vasos sanguíneos; debido a que las plaquetas sanguíneas se comportan como las de un fumador activo (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).
	Mayor posibilidad de ataques cardíacos y fallecimientos anticipados (OPS, 2000)”
	Aumento en el nivel de colesterol
	Cáncer broncopulmonar, debido a que el humo de segunda mano contiene los mismos productos químicos que causan cáncer (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).
	Cardiopatía isquémica y ataques cardíacos
	Enfermedades respiratorias crónicas (Sánchez, 2004)

Consecuencia en la salud de la mujer por el consumo de tabaco

La evolución del tabaquismo en las mujeres es diferente a la de los hombres. La mujer apenas fumaba en los países desarrollados antes de la Segunda Guerra Mundial. Importantes cambios sociológicos, como fueron su incorporación al mundo laboral y los movimientos de emancipación e igualdad, fundamentalmente durante los años 50 y 60's, proporcionaron la introducción de las mujeres en el

hábito de fumar tabaco (Becoña y Vázquez, 2000). Las consecuencias de ello comienzan a ser desastrosas.

La ENA (2002), reporto que en mujeres de 12 a 17 años, que habita en áreas urbanas, el 4.8% fuma, por otro lado, las que habitan en localidades rurales sólo el 1% lo hace. De la población de mujeres de 18 a 65 años en poblaciones urbanas y rurales la prevalencia de consumo, es de 18.4% y 4.2% respectivamente.

Es fácil prever que dentro de unos años la elevada prevalencia de la conducta de fumar que se observa en el grupo de las mujeres jóvenes culminará en un aumento en la morbimortalidad de la mujer producida por enfermedades relacionadas con el tabaco (Ladero, 1998).

El tabaco tiene efectos nocivos en la salud de la mujer al igual que en la del hombre. Si el consumo de tabaco continúa incrementándose en las mujeres, las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al tabaco serán tan significativas como en los hombres o incluso más (Jané, 2004).

En la tabla 8 se enlistan algunos riesgos a los que está expuesta una mujer fumadora:

Tabla 8. Riesgos en la salud de la mujer por el consumo de tabaco

Riesgos de la mujer fumadora	Mayor riesgo de contraer cáncer de cervix y de mama (especialmente si el inicio del consumo de tabaco es temprano y la historia de consumo es mayor a 30 años), Aparición temprana de la menopausia (probablemente con el efecto tóxico del humo del cigarro sobre los folículos ováricos o con la interferencia con la liberación de la hormona luteinizante) (Ladero, 1998) Altamente asociado con la osteoporosis (Becoña y Vázquez, 2000); Un mayor riesgo de fractura en cadera en comparación con las mujeres que no fuman (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).
-------------------------------------	---

Las mujeres fumadoras que están utilizando anticonceptivos orales presentan un mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular (Ladero, 1998).

Aparición prematura de arrugas faciales y deterioro del aspecto general de la piel, el mal aliento, la tinción amarillenta de los dedos y de los dientes (Jané, 2004).

Mayor retraso en la concepción en las fumadoras que en las no fumadoras (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Se incrementan los riesgos de infertilidad total y de embarazo ectópico.

Capítulo 3

La adicción al tabaco

El tabaco al quemarse genera más de 4,000 sustancias químicas en forma de gases, entre ellas la nicotina cuyo poder es altamente adictivo. Existen diversas modalidades en las que un individuo puede administrarse nicotina en el cuerpo, cualquiera de las cuales causan dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia

Dependencia

El tabaco es una droga con características especiales. Su poder adictivo es enorme y es la responsable de producir una mayor cantidad de muertes. Esto explica por qué muchos fumadores que quieren dejar de fumar fracasan una y otra vez. Becoña (2004a) reporta que la fuerza de la dependencia de la nicotina producida por el consumo de cigarrillos se debe a varios factores:

- 1) La nicotina produce múltiples efectos de reforzamiento positivo (ej., mejorar la concentración, el estado de ánimo, disminuye la ira y el peso);
- 2) Después de una inhalación la nicotina tarda menos de 10 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia casi instantáneo a su ingestión;
- 3) El fumador puede modular, por la forma en que fuma el cigarrillo, la dosis de nicotina que necesita;
- 4) La conducta de fumar se realiza de forma repetida;
- 5) Múltiples señales que elicitán la conducta de fumar, las cuales previamente se fueron asociando a la misma por procesos de condicionamiento;
- 6) Además, la nicotina es una droga de una accesibilidad enorme, se puede consumir de distintas formas, especialmente en forma de cigarrillos y, en menor grado, en forma de cigarro puro o pipa. Otras formas que se han utilizado en la historia han sido el tabaco mascado, esnifado u otras minoritarias.

La dependencia del tabaco se enumera en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Jiménez, Bascarán, García, Saíz, Bousoño & Bobes, 2004) debido a que la nicotina cumple con todos los criterios fundamentales de las definiciones de adicción o de dependencia. (OPS, 2000).

La dependencia, así como la abstinencia de nicotina se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarros, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicles de nicotina) (Lorenzo, 1998). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración (fumar, oral o transdérmica) y del contenido en nicotina del producto consumido (Becoña, 2004a).

La interrupción del consumo de nicotina produce un síntoma de abstinencia bien definido. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido. Los sujetos que fuman o toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales y recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea constituye un problema sanitario importante (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2002).

Síndrome de abstinencia

La característica esencial, es la presencia de un síndrome que se desarrolla después de una brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante períodos prolongados, los síntomas aparecen ya el primer día sin tabaco, y alcanzan su mayor intensidad al segundo o

tercer día (Lorenzo, 1998). El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas:

1. estado de ánimo disfórico o depresivo,
2. insomnio,
3. irritabilidad, frustración o ira,
4. ansiedad,
5. dificultades de concentración,
6. inquietud o impaciencia,
7. disminución de la frecuencia cardíaca,
8. aumento en el apetito o aumento de peso.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estos síntomas son debidos en gran parte a la deprivación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen productos que contienen nicotina. La mayor rapidez de los efectos de la nicotina conduce a estos fumadores a un patrón de hábito intenso que es más difícil de abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo que por la mayor dependencia física de la nicotina (DSM-IV, 2002).

La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareos y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de la nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.

Tolerancia

Cuando se administra nicotina en dosis altas se desarrolla rápidamente taquifilaxia (es la necesidad de consumir dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos) y el uso habitual del tabaco hace que se pierdan los efectos

desagradables que se experimentan con los primeros cigarros. Esta tolerancia es probablemente de tipo adaptativo.

Al ser el tabaquismo habitual inductor de las enzimas microsomales hepáticas pudiera presentar tolerancia metabólica para otros fármacos, pero no debido a la nicotina, sino al resto de los componentes del tabaco, especialmente a los hidrocarburos.

Por otra parte, hay pruebas de tolerancia a los efectos subjetivos de la nicotina; el primer cigarro del día; después de una noche de abstinencia, suele producir sensaciones más placenteras que el último cigarro de la noche anterior, a cuyo efecto reforzador positivo había ya una cierta tolerancia. Esta tolerancia puede estar relacionada con un fenómeno de desensibilización receptoral. De cualquier manera, se trata de una tolerancia muy atenuada, pues el fumador crónico, salvo situaciones especiales, no sobrepasa una determinada “dosis”, a la que está habituado, no sintiendo la de aumentar el número de cigarros diarios (Lorenzo, 1998).

Composición del tabaco

El humo del tabaco es una mezcla de productos químicos cambiante y extremadamente compleja. Este se forma cuando el tabaco, ya en sí una complicada mezcla de más de 2,000 constituyentes químicos, se quema de forma incompleta durante el fumado de cigarros, de puros o de pipas (Sánchez, 2004). Más de cuatro mil sustancias químicas se generan, en forma de gases o de partículas y la mayoría de ellas se encuentran presentes en cantidades extremadamente bajas o a niveles de “trazas”, entre ellas la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono (Lorenzo, 1998).

Nicotina

La nicotina es un alcaloide natural, que está presente en las hojas de tabaco. Es una sustancia que se absorbe fundamentalmente por inhalación en los pulmones o a través de la piel (Jiménez et. al 2004). También se puede encontrar en otras plantas, pero a niveles mucho menores que en el tabaco. La nicotina tiene propiedades farmacológicas suaves; se piensa que tiene un efecto estimulante suave, inclusive menor que el de la cafeína, y contribuye a la reducción del estrés reportado por muchos fumadores. Las autoridades de salud pública creen que la nicotina es responsable de promover y mantener la adicción al tabaquismo a través de sus efectos en el sistema nervioso central.

Aunque la nicotina es acusada de muchas cosas, entre ellas de ser adictiva, no es responsable de las enfermedades mortales causadas por fumar. Por esto es que los parches y los chicles de nicotina ofrecen alternativas saludables seguras para dejar de fumar. Es el humo del cigarro el veneno mortal, porque es el mayor generador de radicales libres, contiene numerosos gases y también partículas, incluye componentes tóxicos capaces de provocar daños por inflamación e irritación, sofocación, carcinogénesis y otros mecanismos (Samet, 2002).

Alquitrán

El humo del cigarro contiene minúsculas partículas, que se pueden recolectar en un filtro en el laboratorio. El alquitrán regularmente se define como las partículas de materia recolectadas de esta forma, después de que se han extraído el agua y la nicotina (Lorenzo, 1998). Ciertos componentes en el alquitrán han sido identificados por las autoridades de salud como relacionados con algunos de los serios riesgos a la salud como consecuencia de fumar, tales como el cáncer.

Monóxido de Carbono

El monóxido de carbono es un gas formado cuando las sustancias orgánicas se queman. Se forma, por ejemplo, cuando la madera se quema, y en los cigarrillos cuando se quema el tabaco. Algunas autoridades de salud han asociado el

monóxido de carbono con los riesgos asociados a las enfermedades del corazón como consecuencia de fumar (Lorenzo, 1998).

Noventa por ciento (90%) del humo del cigarro corresponde a aire, agua y dióxido de carbono - un subproducto natural de la combustión. Del diez por ciento (10%) restante, solamente algunas sustancias tales como el monóxido de carbono (CO) y la nicotina son perceptibles a niveles superiores a un miligramo por cigarro. La extensa mayoría restante de los compuestos en humo del cigarro está presente solamente en cantidades extremadamente pequeñas.

Métodos de Administración de la nicotina

Se conocen muchas formas por las que a lo largo de la historia el hombre se ha administrado nicotina para conseguir efectos placenteros o aumentar la fuerza física. Lorenzo (1998) considera los siguientes:

- Administración por vía digestiva: mascar tabaco (mezclado con cal o ceniza), beber (en infusión o como jarabe) o lamer tabaco, supositorios o enema de tabaco (utilizado para fines médicos en el tratamiento de estreñimiento y parásitos por helmintos).
- Administración percutánea: aplicación del tabaco (en forma de hojas húmedas, pasta, abluciones, fumigaciones, etc.) en la piel intacta o lesionada. También se ha aplicado el jugo o humo de tabaco en los ojos (absorbida por la conjuntiva y superficie interna de los párpados).
- Administración respiratoria: esnifar y fumar tabaco. Se esnifa mezclado con otras sustancias y se aplica autoadministrándose por inhalación directa o por medio de un dispositivo adecuado. Fumar tabaco: los métodos más habituales son el cigarro, el puro y la pipa. Este método es el que mayores efectos farmacológicos tiene.

Capítulo 4

Tratamientos para dejar de fumar

Actualmente una parte importante de los fumadores que intentan dejar de fumar seriamente lo hacen por lo menos una vez al año. Sin embargo, muchos de estos fumadores asumen que no es necesario acudir a un tratamiento especializado para lograr dejar de fumar.

Aunque un alto porcentaje de los fumadores que dejan de fumar lo logran dejándolo bruscamente, es necesario contar con otro tipo de opciones para aquellos a quienes ésta no les ha funcionado. En España, Vázquez y Becoña (1998) reportan que cada vez son más los fumadores que dejan de fumar, y al mismo tiempo, cada vez son más los que solicitan tratamientos especializados.

En el tratamiento de la conducta de dejar de fumar han predominado dos abordajes: el tratamiento psicológico y el tratamiento farmacológico. Ambos son complejos y tienen algunas particularidades.

La nicotina va a ser un reforzador negativo, de manera que los fumadores fuman para mantener sus niveles de nicotina en sangre constantes y evitar el síndrome de abstinencia, y como un reforzador positivo cuyos efectos más relevantes se producen en el estado de ánimo, en el arousal (activación o atención) y en la concentración. Los intentos por dejar de fumar están en gran parte determinados por el grado de adicción y las estrategias para afrontar las consecuencias de la adicción, entre las que destacan las derivadas del síndrome de abstinencia de la nicotina.

Tratamientos farmacológicos: nicotínicos y no nicotínicos

Tratamientos nicotínicos o terapias sustitutivas con nicotina (TSN)

Del tratamiento farmacológico, se derivan los tratamientos nicotínicos o las terapias sustitutivas con nicotina (TSN). La TSN consiste en la administración de nicotina por una vía distinta a la del consumo del cigarrillo en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para causar dependencia (Nerín de la Puerta & Córdoba, 2004). Aunque existen pocos análisis comparativos entre las diferentes presentaciones, los existentes ponen de manifiesto una eficacia similar para todas ellas. Se ha demostrado que la TSN reduce los síntomas de abstinencia tras el abandono total del tabaco y mejora los resultados obtenidos de cualquier otra forma de tratamiento coadyuvante utilizado si se asocia a ella (Nerín de la Puerta & Córdoba, 2004).

.

En México, se introducen y difunden a finales de los años 80. Una década después, se inician las campañas de promoción en los medios masivos de comunicación. En nuestro país existen sólo tres tipos de productos: los chicles de polacrilex, los parches y el inhalador bucal (Sansores, Ramírez, Espinosa & Sandoval, 2002).

Para la prescripción o recomendación de las terapias de reemplazo con nicotina es necesario saber cuánta nicotina se auto-administra el fumador diariamente, cuánta nicotina libera el producto que se va a recomendar y cuál es la mejor forma de administrar la terapia de reemplazo al sujeto. Es importante saber que cada cigarro contiene entre 6 y 11 miligramos de nicotina, pero al torrente sanguíneo llegan entre 1 y 3 miligramos.

Goma de polacrilex (chicle de nicotina)

En México está a la venta desde 1986, y para su venta era necesaria la prescripción médica. Desde 1995, se convierte en un medicamento popular y se puede adquirir en cualquier centro comercial sin necesidad de receta médica. El

tipo de presentaciones que existen son en tabletas de 2 y de 4 miligramos, sin embargo, en nuestro país, sólo tenemos disponible la presentación de 2 miligramos (Nerín de la Puerta & Córdoba, 2004).

Las tabletas liberan el 50% de su contenido en boca. La absorción de nicotina es a través de la mucosa bucal, por eso es importante señalar al usuario que para que la absorción de la nicotina sea óptima, el pH de la boca debe de ser alcalino, por lo tanto, es necesario que después de haber consumido el chicle no se coma o beba nada hasta pasados 30 minutos (Becoña, 2003). El refresco y el café, son bebidas ácidas, su consumo disminuiría la absorción de nicotina. Se recomienda que se utilicen las tabletas que sean necesarias, de acuerdo con la necesidad que se tenga para fumar no rebasando las 30 piezas (Sansores et. al 2002).

Parches de nicotina

Sansores et. al (2002), reporta que en México existen al menos dos tipos de marcas comerciales. Las presentaciones son de 10, 20 y 30 cm², que liberan 17.5, 35 y 52.5 miligramos de nicotina. La otra presentación está disponible en 21, 14 y 7 miligramos (Becoña, 2003). La diferencia entre uno y otro, es que uno se utiliza 16 hrs., y el otro 24 hrs. Los dos ofrecen un programa de apoyo psicológico de tipo conductual y una línea telefónica de apoyo a sus usuarios las 24 horas del día. Debe de tenerse en cuenta que cuando un fumador deja de fumar el mismo día que comienza a utilizar los parches, los niveles óptimos se alcanzan después de 12 horas, y se pueden presentar grados variables de abstinencia. Se recomienda utilizar el parche no más de 8 semanas (Nerín de la Puerta & Córdoba, 2004).

Inhalador de nicotina

Se trata de un cilindro de plástico semejante a un cigarro, contiene una esponja impregnada de nicotina. La dosificación es a demanda, y cada pipada proporciona 13 mg de nicotina. Cada dosificación contiene 0,1 µmol/l de nicotina por 50 µl, usando a demanda entre 2-10 inhalaciones diarias.

Durante 3 meses debe seguirse la pauta previa, para posteriormente ir reduciéndola hasta los 6 meses, a razón de un 25% de contenedores cada mes, hasta finalizar el tratamiento al sexto mes. Los efectos secundarios que con mayor frecuencia provoca son irritación faríngea y tos, que persistirán mientras se esté utilizando el inhalador, constituyendo éstas las más importantes limitaciones para su uso generalizado (Pérez & Clemente, 2001).

Es posible que algunos fumadores lo prefieran debido a que el efecto de utilizarlo en la mano, con los movimientos que se utilizan para tomar el cigarro, puede compensar el deseo de tenerlo (Sansores et. al 2002). La dosis adecuada varía para cada persona. Requiere receta médica. Las evidencias internacionales sugieren que su uso asegura un buen porcentaje de éxito (Sansores et al. 2002).

Spray nasal

Con la administración intranasal la nicotina se absorbe rápidamente a través de la mucosa nasal. Cuando el paciente siente el deseo de fumar (craving) se autoadministra dos descargas, una en cada orificio nasal, lo que produce un alivio más inmediato que el chicle de 4 mg (Pinet, 2003). Cada descarga contiene 0,5 mg de nicotina por 50 cada μl , se deja a elección el número a utilizar, recomendándose 2 o 3 dosis por hora, nunca más de 5 dosis por hora (5 mg de nicotina), ni 40 dosis al día (40 mg de nicotina).

Con este sistema se obtienen cifras relativamente próximas a las obtenidas con el consumo de cigarrillos. Se recomienda comenzar con una dosis de 1 o 2 mg por hora, mientras el sujeto esté despierto, durante las primeras 10-12 semanas de tratamiento.

En general, cuando los valores de nicotina salival pretratamiento sean inferiores a 430 $\mu\text{g}/\text{ml}$, los pacientes necesitan dosis de 13 a 15 mg al día, mientras que si son superiores a 430 $\mu\text{g}/\text{ml}$ los sujetos necesitan dosis de 20 a 25 mg/día (Pérez & Clemente, 2001).

La duración del tratamiento farmacológico es de 3 meses. Es aconsejable acompañarlo de un tratamiento psicológico y de documentación. Se recomienda mantener la pauta inicial de 6 a 8 semanas y disminuir la dosis paulatinamente hasta completar los 3 meses de tratamiento, no superando nunca los 6 meses. Los efectos secundarios más frecuentes suelen producirse en las primeras 48 h de tratamiento y consisten en obstrucción nasal, picor, estornudos, irritación de la mucosa nasal e incluso lagrimeo. No obstante, dichos efectos suelen desaparecer tras las primeras semanas de tratamiento. En nuestro país aún no está disponible.

Solución oral de nicotina

La solución oral de nicotina presenta buena tolerancia y mantiene valores previos de absorción suficientes a los detectados con el consumo de cigarrillos (35 ng/ml) (Pérez & Clemente, 2001). Cada dosis contiene de 5 a 15 mg de nicotina, se puede diluir en una sustancia líquida (café, refresco o agua) en el momento de querer fumar, se usa, como término medio, un número de dosis que oscila entre 1 y 8 dosis de nicotina diarias. En cuanto a los efectos adversos puede producir náuseas, y vértigo de diferente intensidad. No disponible en México.

Tableta sublingual de nicotina

Cada tableta contiene 2 mg de nicotina. Se coloca sublingualmente produciéndose la desintegración lenta del complejo en los siguientes 30 min. y cuya absorción se produce en la mucosa oral. Tras la administración de la tableta sublingual, la absorción sucede a través de la mucosa oral en un proceso dependiente del pH. La dosis, en consecuencia, es similar a la utilizada con los chicles de nicotina de 2 mg.

Se debe mantener la dosificación inicial durante, al menos, tres meses e iniciar posteriormente un descenso gradual y diario, hasta finalizar cuando el consumo sea inferior a una o dos tabletas. Por lo general, se estima que el tratamiento ha finalizado a los 12 meses.

Las complicaciones existentes, que son leves y transitorias, consisten en irritación bucal y esofágica, hipo, vértigo, cefalea, náuseas y flatulencia o dispepsia. (Pérez & Clemente, 2001). No disponible en México.

Tratamientos Farmacológicos no Nicotínicos

El tratamiento del tabaquismo debe ser uno de los campos de la medicina en el que se ha de seguir investigando en busca de otros tratamientos o del perfeccionamiento de los ya existentes, ello permitirá realizar terapias individualizadas, en función de las características físicas, psíquicas, patológicas y socioeconómicas de los fumadores.

El tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo está experimentando en los últimos años un gran desarrollo con el fin de hallar en él alternativas eficaces a la nicotina.

A continuación, se mencionan los fármacos que tienen y/o han tenido mayor repercusión en la deshabituación tabáquica no nicotínica (Pérez & Clemente, 2001).

Antidepresivos

Los hallazgos sobre la asociación de estados de ánimo negativos y depresión en las muestras de fumadores han llevado a un gran interés por el estudio de diversas sustancias antidepresivas como tratamientos en la cesación tabáquica (Pinet, 2003). Existe una amplia variedad de medicamentos antidepresivos utilizados como auxiliares para dejar de fumar: doxepina, fluoxetina, moclobemida, bupropión y nortriptilina. En México, la mayoría no tiene autorización para ser utilizados como tales, con excepción del bupropión (Sansores et. al 2002).

Bupropión

El bupropión, es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Disminuye el deseo de fumar, los

síntomas derivados del síndrome de abstinencia y la tasa de recaídas en fumadores crónicos (Sansores, 2002). Es un fármaco de prescripción. Es un comprimido de liberación retardada de 150 mg. Durante los primeros 6 días el fumador tomará un comprimido de 150 mg, luego pasará a 2 comprimidos de 150 mg, con una separación entre ambas tomas de 8 horas, continuando así durante 7 a 9 semanas. Entre 7 y 15 días después de haber comenzado a tomar bupropión, que es cuando sus niveles en sangre son estables, la persona debe dejar de fumar (Becoña, 2004a). Debe de valorarse su administración en pacientes que presentan un consumo mayor a 10 cigarros/día y que no presenten contraindicaciones (AETS, 2003).

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento especializado (Becoña, 2003). Se ha reportado que el uso de bupropión se acompaña de convulsiones, cefalea e insomnio. El riesgo de convulsiones existe sólo en aquellos sujetos que tienen antecedentes de ellas (Saíz, García, Martínez, Bascarán, Paredes y Bobes, 2004). Se debe de evitar la recomendación de este medicamento a alcohólicos o a quienes usan inhibidores de monoamino oxidasa.

Nortriptilina

Se trata de un antidepresivo tricíclico. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas antidepresivos (Hughes, Stead & Lancaster, 2005). Los efectos secundarios incluyen náuseas y sedación. Debe de prescribirse bajo supervisión médica (AETS, 2003).

Doxepina

Su uso en el tratamiento del tabaquismo se basa en la posible relación existente entre el consumo de tabaco y la depresión. La dosificación habitual es de 50 mg cada 8 h, unas 3 semanas antes del cese, continuando con la misma dosificación

unas 4 semanas más (Hughes, et al., 2005). Es eficaz para controlar los síntomas de abstinencia, así como el *craving* por los cigarrillos (Pérez & Clemente, 2001).

Fluoxetina

Se ha demostrado eficaz para tratar a los fumadores con depresión que quieren dejar de serlo, no así en los fumadores no depresivos (Hughes, et al., 2005). Mientras que se utiliza, ayuda a controlar la ganancia de peso, pero una vez que se abandona se pierde el control del mismo. La dosificación recomendada es de 40 a 60 mg cada 24 h durante 10 semanas. Puede tener una ligera utilidad en la deshabituación, pero los resultados no son consistentes (Pérez & Clemente, 2001).

Moclobemida

Es conocido que, en ocasiones, durante la fase de abandono del consumo de tabaco se produce un aumento de los valores de monoaminoxidasa (MAO), que pueden desencadenar cuadros de depresión. La moclobemida es un antidepresivo que actúa sobre el sistema neurotransmisor cerebral monoaminérgico mediante una inhibición selectiva y reversible de la MAO de la noradrenalina, la dopamina y la serotonina, lo cual conduce a un aumento de las concentraciones extracelulares de estos transmisores neuronales (Hughes et al., 2005). La dosificación recomendada es de 400 mg al día una semana antes del cese, 400 mg al día durante 4 semanas y finalmente 200 mg diarios durante otras 4 semanas. Las reacciones adversas más frecuentes son los trastornos del sueño, los vértigos, las náuseas, las cefaleas e, incluso en ocasiones, la confusión (Pérez & Clemente, 2001).

Terapia sobre receptores nicotínicos

Agonistas: lobelina y clonidina

Lobelina: en los años sesenta se hizo muy popular su utilización en forma de tabletas, pastillas, chicles e inyecciones. Calma la ansiedad por la nicotina, ayudando al fumador a dejar de desearla, aunque existen muchas dudas sobre si este efecto es real. La dosis autorizada es 2 a 4 mg/8 h, administrados junto con las comidas. La duración usual del tratamiento es de 10 días. Las reacciones adversas más frecuentes son náuseas, vómitos, tos, temblor, cefalea, mareos y, raramente y a dosis altas, sudación, parestesias (sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo o adormecimiento), taquicardia, hipotensión e hipotermia. Es importante señalar que la lobelina provoca en el organismo efectos semejantes a los de la nicotina, y su uso continuado sin un control médico adecuado puede inducir cierta dependencia (Pérez & Clemente, 2001).

Clonidina: se usa casi siempre como un medicamento antihipertensivo, no se ha aprobado como un medicamento de ayuda en la cesación del tabaco. Su administración puede ser vía oral o por medio de parches transdérmicos. No existe consenso sobre la dosis más apropiada para el tratamiento del tabaquismo, pero en los estudios experimentales se han utilizado dosis entre 0,1 y 0,75 mg/día, mientras las dosis más habituales en la práctica clínica parecen estar entre 0,2 y 0,4 mg/día (por vía oral o transdérmica) (AETS, 2003). Se toma dos veces al día a través de la vía oral (Becoña, 2003). En el caso del parche: de clonidina, se usa uno por semana y la primera dosis es de 0,10 mg. La duración del tratamiento para la pastilla y el parche varía de 3 a 10 semanas. La clonidina es especialmente eficaz en el tratamiento de la irritabilidad y en la disminución del *craving* o deseo urgente de fumar, mientras que la nicotina elimina fundamentalmente los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica (SAN) y tiene poco efecto sobre el deseo (Pérez & Clemente, 2001). Debe prescribirse

bajo supervisión médica en aquellos pacientes que no puedan utilizar los fármacos de primera elección, o bien, por presentar contraindicaciones, o bien por haber fracasado utilizando los medicamentos de primera elección. Su principal inconveniente está en que presenta mayores tasas de abandono de tratamiento debido a los factores secundarios que provoca: nerviosismo, cefalea, agitación, temblores e incremento en tensión arterial y niveles de catecolaminas (Pinet, 2003).

Antagonistas: el objetivo del tratamiento consiste en evitar el refuerzo positivo y los efectos subjetivos que obtiene el sujeto fumador (Pinet, 2003).

Mecamilamina

Es un antihipertensivo. Bloquea los efectos de la nicotina y, en consecuencia, reduce la satisfacción y otros efectos del consumo de tabaco (Pérez & Clemente, 2001). En dosis de 5-10 mg/día los efectos secundarios son mínimos, siendo el más frecuente el estreñimiento. Entre las complicaciones que implica su uso se incluyen la hipotensión, el íleo (obstrucción de los intestinos) y la retención urinaria. La mecamilamina podría ser útil en los fumadores reincidentes, pero todavía no se ha estudiado suficientemente en ellos. Los datos son limitados y la eficacia en el abandono tabáquico podría ser un plazo más largo a 6 semanas (Becoña, 2003).

Ansiolíticos

La ansiedad es uno de los síntomas de la abstinencia de nicotina y, por otra parte, el fumar reduce alguna de las medidas de ansiedad y puede reducir la ansiedad mediada por el estrés (Pinet, 2003). Partiendo de dicha base se han probado diferentes ansiolíticos durante las primeras semanas de cesación del hábito tabáquico, aunque los resultados no han sido concluyentes.

Clorhidrato de buspirona

Basa su efectividad en el tratamiento del tabaquismo en el hecho de que muchos pacientes fuman para conseguir tranquilizarse (Saíz et al. 2004). Dado el bajo poder adictivo de la buspirona, así como la escasez de efectos secundarios (mareos, nerviosismo, insomnio y cefalea) y su buena tolerancia, cabe pensar que podría utilizarse en el tratamiento del síndrome de abstinencia nicotínico (SAN). La dosificación es de 5 mg cada 8 h durante una semana, para seguir con 10 mg cada 8 h durante tres semanas. El tratamiento debe administrarse 3 semanas antes del cese (Pérez & Clemente, 2001).

Enfoque Psicológico: tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales

El tratamiento psicológico ha sido el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores (Becoña, 2004b). Actualmente utiliza técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione eficazmente (Becoña, 2004a).

El modelo que subyace al tratamiento psicológico es que fumar es una conducta que se explica fundamentalmente, por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y por la dependencia fisiológica de la nicotina. Para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinentes a corto, medio y largo plazo, es necesario tener en cuenta todos estos factores (Becoña, 2004b).

En el tratamiento psicológico existen diversas técnicas:

Técnicas aversivas. Implican aparear la conducta de fumar con un estímulo desagradable. Su objetivo es establecer una respuesta condicionada negativa a los cigarrillos. De este modo, los aspectos positivos de fumar (sabor, satisfacción, placer, etc.,) se convierten en negativos. Pueden reducir el nivel de placer experimentado o incrementar el nivel de desagrado.

Fumar rápido: utiliza los cigarrillos como agente aversivo (Becoña & Vázquez, 1998). El procedimiento básico incluye: que los sujetos inhalen el humo de los cigarrillos de su marca preferida cada 6 segundos. En cada sesión se hacen tres ensayos de 5 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos entre ellos. Durante los ensayos, el sujeto debe poner atención a los aspectos negativos de la situación que le va indicando el terapeuta (Casas & Gossop, 1993). Los descansos entre ensayos se aprovechan para comentar aspectos negativos de la experiencia y sugerirle asociaciones negativas acerca del hábito de fumar. El tratamiento dura de 2 a 3 semanas (Álvarez-Soto & Becoña, 1991).

Saciación: se pretende que los aspectos positivos del fumar se hagan aversivos, es decir, se persigue la pérdida del potencial reforzante de un reforzador positivo, que se hace disponible en una cantidad excesiva (Casas & Gossop, 1993). Se instruye al sujeto para que incremente de forma exagerada el consumo de cigarrillos. El sujeto tiene que duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarrillos respecto a los que fumaba en el inicio del tratamiento durante un intervalo de tiempo especificado produciéndose malestares, dolores, vómitos, etc., (Becoña, 2004b).

Retención de humo: se utiliza el propio humo de los cigarrillos como estímulo aversivo. El tratamiento consta de 8 a 10 sesiones, estas comprenden un promedio de 3 ensayos con 5 o 6 retenciones de humo por cada uno (Casas & Gossop, 1993). El proceso de retener el humo consiste en que el sujeto tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y garganta durante 30 segundos, y al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz (Becoña, 2004b). Los descansos

entre las retenciones de humo son de 30 segundos, y entre los ensayos de 5 minutos. Cuando el sujeto tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la experiencia (Becoña & Gómez, 1992).

Otras técnicas aversivas (Casas & Gossop, 1993):

- Shock eléctrico: el objetivo es conseguir que el fumar por sí mismo, llegue a ser aversivo, apareando sistemáticamente la descarga eléctrica con la conducta de fumar. El shock eléctrico es un estímulo artificial que no mantiene una relación intrínseca con el acto de fumar. Los fumadores pueden discriminar fácilmente entre las condiciones de laboratorio en las cuales se administra el shock eléctrico y su ambiente natural, en el que el shock está ausente.
- Fumar focalizado: el objetivo es que el propio acto de fumar se convierta en un generador de estimulación aversiva. Se instruye al fumador a que fume de manera normal, como el acostumbra, durante un período de 5 minutos, centrando su atención exclusivamente en el cigarro y en las sensaciones experimentadas al fumar. Se le indica que no fume más rápido ni haga nada que no sea habitual y que pueda incrementar la aversión de la experiencia. El fumador tiene que centrar su atención en las consecuencias de fumar sobre su organismo. Con ello se pretende que los fumadores experimenten las sensaciones de fumar tal como son en realidad (Casas & Gossop, 1993).
- Tratamientos por aversión al sabor: el objetivo es conseguir que una sustancia (ej., acetato de plata), una vez que se ha tomado, produzca un sabor desagradable cuando el sujeto fuma un cigarro. En algunos sujetos pueden aparecer molestias bucales.

- Sensibilización encubierta: consiste en que el sujeto se imagine una situación que le resulte muy aversiva y luego se le presente una escena de escape de ella, dejando de emitir la conducta que quiere eliminar, en este caso fumar. Esta conceptualización teórica, consistiría en establecer la relación entre fumar y sentirse mal y la relación entre dejar de fumar y la desaparición del malestar (Becoña & Vázquez, 1998).

Técnica de Reducción Gradual de la Ingestión de Nicotina y Alquitrán (REGINA)

Fue desarrollada por Foxx & Brown en 1979, ellos parten del supuesto de que la nicotina es el factor responsable de la dependencia de los cigarrillos, y el fumar, lo consideran una conducta mantenida por factores fisiológicos y psicológicos, por tanto, la técnica atiende ambos componentes. Esta técnica implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. El sujeto tiene que cumplir con el llenado de los autorregistros y representar gráficamente el consumo de cigarrillos. Si el sujeto no logra dejar de fumar después del último cambio de marca, se procede a la reducción gradual de cigarrillos. Es necesario controlar de manera adecuada el proceso de reducción de cigarrillos, hasta un determinado punto seguido por dejar de fumar bruscamente (Becoña, 1992).

Autorregistros

Son la medida conductual más utilizada en los tratamientos. El fumador tiene que anotar cada uno de los cigarrillos que consume y distintos aspectos de su conducta. Es un método barato, sencillo de utilizar y es el fumador el que evalúa su conducta de fumar. Su desventaja es que origina “efectos reactivos”, es decir, se produce en el sujeto un decremento en el número de cigarrillos fumados respecto a la cantidad que fumaba con anterioridad. Este descenso se explica como resultado de la propia observación del sujeto, ya sea porque va a llevar a cabo un tratamiento o

porque tiene que registrar cada consumo, sin embargo, sus efectos son poco duraderos. El objetivo de llevar un autorregistro es que el fumador tome conciencia de su comportamiento mecánico y además, pueda registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan su conducta (Becoña & Lorenzo, 2004). Se ha observado también, que el descenso en el consumo está relacionado con el tiempo de auto-observación (Casas & Gossop, 1993).

Contratos de Contingencias

Son contratos que se establecen entre el usuario y el terapeuta. En ellos se especifican las conductas a realizar por el sujeto y el refuerzo o castigo que va a recibir por parte del terapeuta, siendo el refuerzo que el sujeto recibe por parte del terapeuta, junto con los aspectos normativos que conlleva a la firma del contrato y los elementos esenciales del mismo. El objetivo es que el sujeto ejecute unas conductas decididas de mutuo acuerdo entre el usuario y el terapeuta.

Control de estímulos y Extinción

Los fumadores, con el paso del tiempo, se han expuesto a una serie de estímulos que han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos, son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, la presencia de estos estímulos o el solo hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de abstinencia. Desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, si esos estímulos se extinguen, dejar de fumar será mucho más fácil. Se ha intentado reducir el número de estímulos asociados con fumar antes de que el sujeto consiga la abstinencia (Becoña, 2004b). Para ello, se utiliza la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar (Casas & Gossop, 1993).

Entrenamiento en relajación

Esta técnica le sirve al sujeto para dar una respuesta alternativa de afrontamiento a las emociones negativas o a las situaciones estresantes y a los efectos derivados del síndrome de abstinencia de la nicotina. En algunos casos se puede incorporar este entrenamiento a los programas de tratamiento multicomponente, como una estrategia de afrontamiento cognitivo-conductual, que se le puede enseñar al sujeto.

Estrategias de Afrontamiento y Ensayo Conductual

Entre las respuestas de afrontamiento conductual se incluyen la actividad o el ejercicio físico, relajación, abandono de la situación de riesgo, etc. Entre las cognitivas, están la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o las consecuencias negativas de continuar fumando y el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo.

El ensayo conductual es un elemento importante en el entrenamiento de las estrategias de afrontamiento. El objetivo es que los sujetos puedan identificar las situaciones en las que fuman normalmente o aquellas en las que la tentación a fumar pueda ser elevada. Después tiene que desarrollar un repertorio de estrategias para reemplazar la conducta de fumar en esas situaciones (Casas & Gossop, 1993).

Apoyo Social

El apoyo social y de la familia esta estrechamente relacionado con el éxito del tratamiento, sin embargo, los esfuerzos para intensificar el apoyo social natural como parte de las intervenciones de tratamiento generalmente han tenido poco éxito. En las intervenciones en las que se han sometido a prueba se incluyen

entrenamiento y materiales de apoyo para los amigos y esposas de los fumadores y el empleo de sistemas de ayuda mutua en el lugar de trabajo.

En el caso de las intervenciones breves, es muy difícil cambiar las interacciones que se establecen con los miembros de la familia y los compañeros de trabajo (Casas & Gossop, 1993).

Fumar controlado

La finalidad es que el sujeto disminuya y permanezca en un número de cigarrillos inferior al que fumaba. Los factores que están presentes en la dosis ingerida por el fumador son: a) la sustancia, 2) la cantidad de nicotina, alquitrán, CO, etc., 3) la topografía de fumar. La intervención para lograr fumar controlado consta de cuatro fases. La primera, un análisis de las variables relacionadas con la regulación y las relacionadas con el riesgo. La segunda, se analiza la meta a conseguir, la abstinencia o la disminución. La tercera, está relacionada con la regulación y el control de la conducta de fumar. La cuarta, desarrollo de habilidades para regular la conducta, los autorregistros se utilizan en la evaluación y análisis funcional de la conducta de fumar para conocer cómo se fuma y los antecedentes concomitantes y consecuentes de la conducta de fumar (Casas & Gossop, 1993).

Hipnosis

Método basado en la inducción de un estado de sueño artificial. Su objetivo es eliminar o reestructurar las ideas y actitudes subconscientes que representan un obstáculo para dejar de fumar. El hábito es eliminado por sugerencias hipnóticas (Garrido, Castillo & Colomer, 1995). También se aplica para incrementar la motivación del fumador y el compromiso para dejar de fumar (Casas & Gossop, 1993). Revisiones independientes por el Grupo Cochrane muestran que no hay evidencias que apoyen su utilidad para la cesación tabáquica (Pinet, 2003).

Programas Multicomponentes

Estos programas se llaman multicomponentes porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención (Becoña, 2004b). Tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (Secades, Díez & Fernández, 1999).

El objetivo principal de la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se suelen utilizar depósitos monetarios y contratos de contingencias. Es importante revisar junto con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que se obtendrán con el abandono. En esta fase el fumador tiene que concientizarse y conocer objetivamente su conducta de fumar (mediante el registro de sus consumos con antecedentes y consecuentes). Se fija también la fecha en que el fumador va a dejar de fumar. En la fase de abandono, se aplica una de las técnicas eficaces en el abandono de cigarrillos. Cuando el fumador ha logrado dejar de fumar, se entra a la fase de mantenimiento, conocida también como prevención de recaídas. Esta fase es la orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo, se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que pueden ser vía telefónica, por carta o personalmente. Se entrena al sujeto en habilidades de afrontamiento, identificación y manejo de situaciones de riesgo y afrontamiento adecuado de las caídas (Echeburúa, 1985). Hoy en día, es el método más eficaz a largo plazo. Existen programas multicomponentes que combinan la terapia psicológica con la terapia de reemplazo. Su objetivo es proporcionar tratamiento para el síndrome de abstinencia y al mismo tiempo desarrollar estrategias de afrontamiento para dejar de fumar (Casas & Gossop, 1993).

Estrategias de Prevención de Recaídas

Su principal objetivo, es prevenir la ocurrencia de caídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo un tratamiento y prevenir que un desliz finalice en una recaída. Tiene la finalidad de reducir la recaída, prolongando el tratamiento más allá de la fecha elegida para dejar de fumar y/o proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada (Becoña, 2004b).

Las principales estrategias de intervención pueden clasificarse en tres categorías:

- a) entrenamiento de destrezas tanto cognitivas como comportamentales,
- b) procedimientos de cogniciones alternativas, y
- c) estrategias de intervención en el estilo de vida.

Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el autorregistro, la observación directa, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación y procedimientos de manejo de estrés y la matriz de decisión (Casas & Gossop, 1993).

Capítulo 5

El Modelo de Prevención de recaídas

Una de las características en la conducta humana, es el incumplimiento de propósitos. Las personas se proponen constantemente objetivos que luego no cumplen. Tienden a iniciar acciones y a no mantener posteriormente el esfuerzo. A menudo decidimos “cambiar para mejorar”, pero demostramos con demasiada frecuencia que el cambio es difícil de mantener (Saunders, 1993).

En el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas, más que el abandono en sí, lo que se considera difícil de lograr es el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Una vez abandonada la sustancia, el sujeto debe de aprender a vivir sin ella. Pero, en un alto porcentaje la recaída sobreviene al tratamiento de las adicciones (Míguez & Becoña, 1997), principalmente en los tres primeros meses después de finalizado el tratamiento (Echeburúa & De Corral, 1986).

A mediados de los años setenta, el tema del incumplimiento de propósitos recibe poca atención en la literatura sobre las conductas adictivas y en el ámbito clínico. Una de las causas principales del escaso trato de esta materia señala Saunders (1993) fue la aplicación del modelo de enfermedad a las conductas adictivas, debido a dos conceptos básicos utilizados en estos modelos: “deseos irresistibles” (necesidad incontrolable de utilizar la droga, que aceleraba el uso por parte del adicto) y la “pérdida de control” (consecuencia fisiológica del consumo que producía la eliminación de la voluntad del individuo de detener el uso continuado). La aceptación de estos conceptos introdujo el término recaída.

Definición de la recaída

Es un término médico definido como “el retorno de los síntomas de la enfermedad tras haberse alcanzado aparentemente la recuperación o es el empeoramiento de una recuperación aparente durante el curso de una enfermedad” (Saunders,

1993). Pero debido a que esta definición no nos ayuda a comprender el término recaída, es necesario revisar algunas otras definiciones que van a variar dependiendo del enfoque con el que se les mire.

Para Saunders (1993) es casi obligatorio empezar cualquier consideración sobre las recaídas y cómo prevenirlas señalando que toda conducta adictiva es una condición de recaída. Designa la recaída como “el incumplimiento de propósitos”, que se ha definido como un “cambio tanto temporal como permanente en la resolución de cambiar”. Y puntualiza que la utilización de este término sirve para recordarnos que cuando decidimos cambiar un hábito, nos encontramos constantemente enfrentados con situaciones que nos ofrecen la oportunidad de cambiar de idea y volver a adoptar la antigua conducta.

Por otro lado Quesada, Carreras & Sánchez (2002) señalan que la definición de recaída va a estar condicionada por el concepto de abstinencia y por las diferentes formas de medir el estatus del fumador y menciona que existen procedimientos habituales para evaluarla como son: el autoinforme (información que se obtiene del sujeto) y las medidas bioquímicas (presencia o ausencia de diferentes agentes químicos en el organismo, algunos propios del cigarro y otros que se generan en el proceso de fumar) llegando así a definir un desliz como un episodio de no más de una semana de duración en el que el sujeto fuma no menos de una calada al día después de haber permanecido abstinentemente al menos 24 horas y la recaída que se va a producir cuando el patrón de consumo descrito se mantiene durante más de 7 días consecutivos.

Shiffman, Hickcox, Paty, Gnys, Kassel & Richards en 1996 proporcionan una definición alternativa en la que incluyen las dos variables importantes: el período de abstinencia (después de un período de abstinencia de 24 horas) y el consumo (cinco o más cigarrillos al día durante tres días consecutivos).

Marlatt y Gordon (1985) hacen posible diferenciar entre caída y recaída gracias al desarrollo de su modelo explicativo del proceso de recaída. Definen la primera como un consumo puntual o desliz, y la segunda, se refiere al restablecimiento de un hábito previamente eliminado.

Los modelos explicativos de las recaídas se centran en los que analizan el proceso de la recaída y los mecanismos que los desencadenan (Quesada et al, 2002).

Modelos del proceso de recaída

Existen tres: acumulativo, episódico e interactivo que aunque difieren entre sí, tienen como objetivo común conceder especial importancia a las fluctuaciones a través del tiempo de la predisposición de la recaída (PR, el riesgo a recaer en un momento determinado).

- Modelo acumulativo: propone que los cambios en la PR se producen de forma continua. Concede especial relevancia a determinadas variables predisponentes que tendrían un impacto acumulativo.
- Modelo episódico: considera la PR como estable hasta que un evento repentino precipita la recaída. El cese de la abstinencia puede ocurrir como consecuencia de que este evento haga que la PR supere un determinado umbral. Se considera a la recaída como un fenómeno de todo o nada, ocasionada por el aumento brusco de estresores.
- Modelo interactivo: hechos aislados pueden llevar a que los sujetos crucen el umbral de recaída, pero estos sucesos tienen lugar variando continuamente los niveles antecedentes del estrés psicológico y otros agentes predisponentes. Este modelo representa una combinación de los modelos anteriores. Como el

modelo episódico admite que la recaída es precipitada por un evento agudo que lleva a la PR a superar un determinado umbral. A su vez, admite cambios continuos en la PR como antecedentes fundamentales para que con los eventos puntuales se produzca la recaída.

Modelos de los determinantes de la recaída

Originados por las variables que producen cambios en la predisposición de la recaída. No son incompatibles con los descritos anteriormente, sino que incorporan sus postulados, diferenciándose por tanto en el énfasis que ponen en unas u otras variables (Quesada et al. 2002).

Modelo de Aprendizaje Social: basado en la Teoría Cognitivo Social. Secades y Fernández (2003) conciben las conductas adictivas como un mal hábito que puede variar dentro de un *continuum* de frecuencia de aparición (desde cero hasta la compulsión incesante). Propone una asociación entre las características de la persona (creencias y expectativas sobre el mantenimiento de la abstinencia, grado de dependencia física), la conducta (experiencias previas del abandono) y el ambiente (eventos estresantes, normas sobre restricciones de consumo).

Modelo Bioconductual: la recaída se puede producir por diferentes efectos biológicos; efectos biológicos del condicionamiento directo (situaciones asociadas al consumo pueden elicitar los efectos del mismo); efectos biológicos del contracondicionamiento (estímulos asociados al consumo de tabaco pueden provocar efectos contrarios al mismo incrementándose la posibilidad de un desliz) y los efectos propios de la abstinencia (Quesada, et al. 2002).

Modelos de Estado: la conducta de dejar de fumar se considera como un proceso en el que la persona pasa por diferentes estadios. La recaída será un estadio más del proceso y se produce cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fallan.

Modelo de afrontamiento del estrés: según Marlatt (1993), existen determinadas situaciones (situaciones de alto riesgo) en las que es mayor la posibilidad de que se produzca la recaída. Que finalmente se produzca o no va a depender del modo en que la persona se enfrenta a la situación. La falta de habilidades de afrontamiento, situaciones de estrés o el consumo de otras sustancias como el alcohol pueden llevar a un fallo en el afrontamiento de dicha situación. Como consecuencia, disminuye la autoeficacia y aumentan las expectativas positivas sobre el consumo, lo que facilita un primer desliz. La posibilidad de que el consumo continúe hasta una recaída dependerá de la reacción cognitivo-afectiva (EVA, Efecto de Violación de la Abstinencia) (Míguez & Becoña, 1997).

Factores determinantes en el proceso de recaída

La recaída forma parte de un proceso en el que intervienen múltiples factores. Ha existido un interés general por describir tanto los factores individuales como las situaciones que se relacionan con el mantenimiento o no de la abstinencia al dejar de fumar y de cómo estas variables pueden funcionar como predisponentes o como precipitantes en el proceso de recaída (Hodgson, 1993).

Factores Individuales

Sociodemográficos: se consideran condicionantes del éxito del abandono del consumo de tabaco. Los resultados no son homogéneos y están condicionados por distintos factores. Las variables objeto de mayor investigación han sido edad, género, nivel socioeconómico y educativo (Quesada, et al. 2002).

Emocionales: los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés y/o depresivos están vinculados a episodios de recaídas (Marlatt, 1993). Shiffman et al. (1996), encontraron que los sujetos con mayores niveles de dependencia recaen más cuando se encuentran bajo estados emocionales negativos y/o niveles intensos de deseo.

Afrontamiento: la utilización de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de alto riesgo disminuye la probabilidad de que se produzca una recaída. Se diferencian principalmente estrategias cognitivas que es el pensar en las consecuencias positivas de no fumar y en las negativas de seguir fumando, la distracción cognitiva y las autoinstrucciones; y estrategias conductuales, que se refiere a consumir comida o bebidas, retrasar el momento de fumar, escapar de la situación y utilizar la relajación. Se ha propuesto que la efectividad del afrontamiento depende, no sólo del tipo de estrategia utilizada, sino de la rapidez y convicción con que la persona la lleve a cabo (Saunders, 1993).

Fisiológicos: el tabaquismo se define como una drogodependencia, siendo la nicotina una sustancia psicoactiva con acciones específicas sobre receptores del sistema nervioso distribuidos con mayor densidad en un conjunto de núcleos vinculados con el sistema de recompensa y cuyo estímulo repetido ocasiona un fenómeno de adaptación neuroendócrina en el que incluso aumenta el número de dichos receptores en determinadas zonas (Pinet, 2003). Al cesar su aporte se ocasiona un típico síndrome de abstinencia que forma parte de los criterios diagnósticos de esta dependencia y se caracteriza, entre otros síntomas, por la aparición de irritabilidad, disforia, ansiedad, dificultad de concentración y deseo intenso de fumar, alcanzando su nivel más alto de intensidad a las 24-72 horas de haber abandonado el consumo (DSM-IV, 2002). La nicotina es una de las drogas más adictivas siendo el deseo uno de los síntomas más persistentes tras el abandono del consumo. Muchos exfumadores, citan el malestar que sigue a la abstinencia como una razón para la recaída (Vázquez & Becoña, 1998). Becoña & Míguez (1995a) reportan que una mayor dependencia a la nicotina aparece como relevante en el grupo que no consiguió dejar de fumar.

O'Connell & Martin (1987) proponen que las recaídas que se producen en los primeros días son atribuibles a niveles altos de deseo y otros síntomas de abstinencia y sugieren que los síntomas de abstinencia tienen un efecto negativo

en la motivación de los pacientes para continuar abstinentes lo que contribuye a la aparición de estados de ánimo negativos.

Historia de consumo de la sustancia: las variables de forma de consumo, años de fumador, intentos previos de abandono, número de cigarrillos al día, edad de inicio y tiempo transcurrido desde el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo, se han relacionado con las recaídas (García & Becoña, 1997). Las variables relacionadas con el hábito de consumo y la dependencia deben tenerse en cuenta e incluir en los tratamientos de esta adicción medidas que ayuden a mitigar los efectos de la abstinencia a la nicotina.

Motivacionales: los estudios sobre predictores de éxito en el abandono del consumo de tabaco también tienen en cuenta el análisis de los motivos que mencionan las personas para dejar de fumar. Los aspectos motivacionales van a ser fundamentales para que los fumadores en fase de precontemplación avancen en el proceso de dejar de fumar (Quesada, et al. 2002).

Otros factores: la ganancia de peso tras el abandono del consumo de tabaco y el incremento de apetito son las consecuencias más comunes que se producen después del síndrome de abstinencia tras abandonar el hábito de fumar (Bayot & Capafons, 1995). El alto porcentaje de recaídas tras el embarazo genera un especial interés en la literatura científica, muchas mujeres pierden la motivación para continuar abstinentes una vez que ha nacido el bebé (Becoña & Vázquez, 2000).

Factores ambientales

Situaciones de riesgo: son aquellas circunstancias en las que existe una mayor probabilidad de que se produzca la recaída. Saunders (1993) señala que las personas se van a encontrar ante desafíos a nivel subjetivo, el hecho de que estos desafíos desemboquen en una recaída, se considera dependiente de la

percepción del individuo sobre sus habilidades actuales para resistir la situación, es decir, de la capacidad del individuo para afrontar las situaciones desafiantes o de reto. Su identificación puede ser útil de cara al desarrollo de estrategias previas para superar la situación con éxito. Se han analizado las siguientes:

Situaciones de Estrés: durante los períodos estresantes, se ha observado que es más probable que ocurra una recaída que un desliz y si el desliz se produce bajo estas circunstancias progresa más rápidamente hacia una recaída a diferencia de otras situaciones.

Situaciones Sociales: gran parte de las situaciones en las que una persona cesa la abstinencia son situaciones sociales. Situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal (Marlatt, 1993). Las más comunes ocurren en tiempo de ocio, en restaurantes o bares y normalmente la persona se encuentra con amigos o con personas con las que está manteniendo una relación social. La probabilidad de consumo se incrementa si las otras personas fuman, si en el lugar está permitido fumar o si el tabaco se encuentra disponible.

Otras situaciones: con cierta frecuencia aparecen tentaciones en situaciones de descanso, en períodos de transición entre una actividad y otra, y en casi la mitad de los casos la persona se encuentra sola. La probabilidad de que la persona fume en situaciones de impaciencia o desasosiego es significativa.

Entorno Social

Sobre el papel del apoyo social en el abandono del tabaco, en el mantenimiento de la abstinencia y en la recaída, las variables más estudiadas han sido: el apoyo de pareja, la presencia de fumadores o de no fumadores en la red social inmediata de la persona (Westmaas, Wild & Ferrence, 2002) y la percepción por parte del sujeto de la existencia de fuentes generales de apoyo a los no fumadores (Froján

& Becoña, 1999). Resulta indudable que las condiciones sociales forman un telón de fondo que favorece o perjudica el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de facilitar o impedir la presentación de numerosas oportunidades para fumar (Míguez & Becoña, 1997). Se ha observado que es más factible dejar de fumar y permanecer abstinentes si el fumador cuenta con una buena red de soporte social general.

Procedimientos de Prevención de recaídas

Las estrategias que se han demostrado ser más eficaces en la prevención de recaídas se orientan fundamentalmente al proceso del mantenimiento de conducta de abstinencia y se mencionan a continuación:

Entrenamiento en Prevención de recaídas: consiste en realizar un entrenamiento de habilidades con las que la persona aprenda a identificar cuáles son las situaciones de alto riesgo y cómo debe afrontarlas (Saunders, 1993). También se han mostrado útiles las sesiones de reestructuración cognitiva para enseñar a manejar las atribuciones derrotistas si se produce un desliz así como para modificar las expectativas positivas del consumo.

Sesiones de refuerzo y contacto prolongado: tienen como objetivo refrescar las estrategias enseñadas para enfrentarse a situaciones difíciles sin consumir y reforzar a los participantes sus esfuerzos individuales por mantener la abstinencia.

Otras intervenciones: los procedimientos para dejar de fumar también deben incluir el abordaje de ciertos factores que pueden precipitar el abandono de la abstinencia. En lo concerniente a la aparición de estados de ánimo negativos, es importante que los programas incluyan la posibilidad de recibir asesoramiento así como prescripción médica adecuada y si es necesario referir a un especialista. En el caso de aparición de síntomas de abstinencia intensos y prolongados, continuar con la medicación con la que llegó o añadir uno nuevo para reducir la severidad de

los síntomas. También, incluir estrategias para el control de peso insistiendo en la necesidad de hacer ejercicio y llevar una dieta equilibrada.

Saunders (1993) ha señalado que la identificación de las situaciones y el aprendizaje de respuestas específicas no constituyen una estrategia suficiente ante la amenaza de una recaída, es importante también conocer las razones iniciales para el cambio, las expectativas de los efectos de la droga, las expectativas subjetivas de la capacidad para desplegar ciertas habilidades y las reacciones de atribución de emociones ante el fallo, como importantes factores cognitivos que interfieren en el proceso de recaída.

Atribución de las causas

En el estudio de incumplimiento de propósitos, se ha resaltado la importancia de los precipitantes de la recaída y de las estrategias de afrontamiento. Se ha defendido la idea de que el individuo que se embarca en un proceso de cambio se halla en ocasiones asaltado por situaciones internas y externas que amenazan el curso de la acción. Sin querer negar la importancia de estos factores, se considera que se ha dado importancia excesiva a las situaciones amenazantes de las respuestas de incumplimiento de propósitos.

El reconocimiento de la influencia de planear y del placer inherente a muchos incumplimientos de propósito, debe de incorporarse a cualquier perspectiva del proceso de recaída. Estas consideraciones desmienten el hecho de que las recaídas sean irracionales y estén más allá del control del individuo.

Debe de establecerse una distinción entre los individuos que no poseen las habilidades o capacidades adecuadas en su repertorio y los que sí las poseen, pero deciden no utilizarlas. Cualquier clínico debe de considerar las recaídas de sus clientes bajo el siguiente enfoque: “le ocurrió al paciente, o el paciente hizo que le ocurriera”. La respuesta indicará normalmente si el paciente debe aprender

nuevas estrategias de afrontamiento o si debe de apoyársele a tomar decisiones más firmes en relación al cambio.

Formulación e incumplimiento de propósitos

Para que un individuo pueda dejar de cumplir un propósito, es necesario que se haya enrolado en un curso de acción dirigido al cambio de una conducta previa.

Orford (1985) señala que la motivación para el cambio deriva de una acumulación de pérdidas o consecuencias desagradables que resultan de la conducta. Estos sobrepasan las ganancias, beneficios o resultados placenteros hasta el punto que el conflicto entre el deseo de continuar y las demás necesidades plantean la obligación de tomar una decisión en relación con la conducta.

En la comprensión de la recaída, existe la necesidad de entender cómo y dónde se concretizó la resolución para cambiar, en el contexto global de la carrera adictiva. El incumplimiento de propósitos no puede entenderse sin apreciar o valorar la calidad de la decisión de cambiar. Es esencial incluir la evaluación de la naturaleza de esta decisión en cualquier análisis de incumplimiento de propósitos.

La persona que valora de forma poco importante el cambio tiene más posibilidades de sucumbir ante diversas situaciones amenazadoras que la persona que le da mucha importancia. La determinación de cambiar puede llevar a las personas por buen camino, y por tanto, las situaciones amenazantes se controlan a través de la firmeza de la decisión de abandonar y no mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento. La calidad de la resolución tiene, obviamente, mucha influencia en su duración.

En el proceso de abandono existe la necesidad de introducir una fase entre la resolución y la acción. Saunders & Allsop (1990) la han denominado “fase de compromiso” y se considera un estadio de intervención clave entre la toma de la decisión de cambiar y la puesta en marcha de la conducta. Se trata de un estadio para planear y valorar, en el que se considera cómo debe de traducirse en acción

la resolución y se anticipan las dificultades que posiblemente se encontrarán. Litman (1986) observó que la vigilancia cognitiva, la capacidad para vislumbrar en el horizonte posibles problemas que amenacen las buenas intenciones del individuo y el mantenimiento de la importancia de las razones para cambiar, son esenciales para progresar adecuadamente. También considera importante la necesidad de establecer objetivos a corto plazo, ya que estos, son tareas alcanzables y realizables que cuando se consiguen llevar a término, animan al individuo a hacer un esfuerzo mayor.

Una de las partes más importantes de la fase de compromiso es la preparación mental para el intento de cambio y el trazado de un plan específico para el proyecto de cambio conductual.

Desarrollo de la acción

Las situaciones de alto riesgo tienen una función central en el modelo de recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985). En 1978 Marlatt identificó ocho factores presentes en el momento de producirse un episodio de recaída. Estos ocho factores pueden reducirse a dos categorías principales: factores “intrapersonales” (estados emocionales negativos, estados físicos negativos, estados emocionales positivos, control personal y deseos intensos y tentaciones) y factores “interpersonales” (conflictos interpersonales, presión social hacia el consumo y celebraciones).

La adhesión al cambio está probablemente influida por la capacidad del individuo de reconocer estos riesgos. Por tanto, las habilidades de afrontamiento son parte esencial de la recuperación.

Afrontamiento de situaciones amenazadoras

Los individuos que requieren alcanzar un objetivo específico y creen que pueden alcanzarlo, tienen más probabilidades de persistir en el proceso. Sin embargo, si un individuo que toma la decisión de cambiar su conducta, se mantiene todavía ligado a dicha conducta, la resolución de cambiar será más débil.

La confianza o las expectativas de eficacia parecen predecir también el desarrollo y persistencia de las habilidades de afrontamiento. Lo cierto es que las personas que confían en sus capacidades para afrontar situaciones de alto riesgo lo hacen mejor.

Lichtenstein y Weiss (1986) indican que la propia confianza en la capacidad de afrontar situaciones amenazadoras se aprende de los intentos de abandono de la conducta adictiva, incluso en los que fracasan.

Factores cognitivos y determinantes psicológicos del proceso de recaída

Desde el punto de vista de Marlatt y Gordon (1985) en el proceso de recaída interactúan tres factores cognitivos: la autoeficacia, las expectativas de los efectos de la sustancia y la atribución de causalidad respecto a un consumo. La autoeficacia va a estar definida como la capacidad percibida de afrontar situaciones de alto riesgo de forma exitosa. Las expectativas de los resultados de la conducta de consumir se refiere a los efectos esperados por una persona con respecto a una droga (estos pueden ser diferentes a los reales). Las atribuciones de causalidad están relacionadas con la percepción que la persona tiene de la causa que provoca el primer consumo después de un período de abstinencia.

Los procesos de recaída están precedidos por determinantes inmediatos o circunstancias precipitantes y reacciones consecuentes. Marlatt y Gordon (1985) señalan que existe una secuencia básica de acontecimientos cognitivos que se dan en los procesos de recaída (Figura 1), esta es la siguiente:

1. El individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentemente. Este control percibido continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo que desafía su percepción de control. Si puede realizar una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo, tanto cognitiva como comportamental, la probabilidad de recaída disminuye de forma significativa.

Es probable que la persona que afronta exitosamente la situación experimente una sensación de dominio o una percepción de control. El dominio de una situación problemática se asocia, con frecuencia, a la expectativa de ser capaz de afrontar sucesivas situaciones de alto riesgo a medida que aparecen. Por lo tanto, la sensación de confianza es la propia capacidad para afrontar de forma eficaz una situación de alto riesgo, y se asocia con un incremento de la percepción de autoeficacia. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede enfrentarse eficazmente a cada vez más situaciones de alto riesgo, la percepción de control se incrementa de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuye, debido a la correlación negativa que se da entre ambas.

2. Si por el contrario, un individuo no afronta con éxito una situación de alto riesgo, lo que sucede es que puede deberse a varias causas: es posible que no haya adquirido las capacidades de afrontamiento necesarias o que las respuestas apropiadas estén inhibidas por miedo, ansiedad, estrés o consumo de alcohol. O quizá, no reconozca la situación como peligrosa, y por lo tanto, no responda al riesgo inherente antes de que sea demasiado tarde. Los déficits de motivación también afectan las estrategias de afrontamiento adquiridas. De todas formas, independientemente de la causa, esto provoca un decremento de la autoeficacia.

A medida que disminuye la autoeficacia en las situaciones de alto riesgo que van apareciendo, las expectativas de afrontar satisfactoriamente la próxima situación problemática también disminuyen.

3. Si la situación también incluye la tentación de consumir intentando así afrontar el estrés implicado, el escenario se prepara para una posible recaída. Además, la probabilidad de recaída aumenta si el individuo tiene expectativas de consecuencias positivas, basadas en su experiencia pasada, en relación a los efectos de la actividad de la sustancia en cuestión. Esta anticipación es importante porque las expectativas de reforzamiento, independientemente de que se dé o no, pueden resultar tan poderosas, o incluso más, para llevar a cabo una conducta, que el reforzamiento mismo.

En estos casos, el aliciente de la gratificación inmediata se convierte en la figura dominante del campo perceptivo, y la realidad de las consecuencias completas del acto (consecuencias negativas involucradas a más largo plazo), pasa a ocupar un segundo puesto. La combinación de expectativas positivas de la sustancia adictiva y el estrés provocado por una situación de alto riesgo son, lo que más puede incrementar en estos casos la probabilidad de recaída.

4. El individuo consume la sustancia adictiva y experimenta una reacción cognitivo-afectiva con respecto a ese consumo, el denominado “Efecto de Violación de la Abstinencia” (EVA).

Este fenómeno consiste en un estilo atribucional que parece mediatizar la respuesta afectiva negativa tras un nuevo consumo. Según Marlatt y Gordon (1985), el EVA es el común denominador en los procesos de recaída, este fenómeno se caracteriza por dos elementos cognitivos-afectivos clave: 1) un efecto de disonancia cognitiva, la ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva que uno tiene como abstinentes, 2) un efecto de atribución personal es cuando el sujeto atribuye la ocurrencia de la conducta adictiva a una debilidad interna y/o a fallos personales.

Esta atribución de inhabilidad personal para controlar la primera recaída, disminuye la resistencia a futuras tentaciones

5. En último lugar, aumenta la probabilidad del uso continuo de la sustancia y por tanto de la recaída.

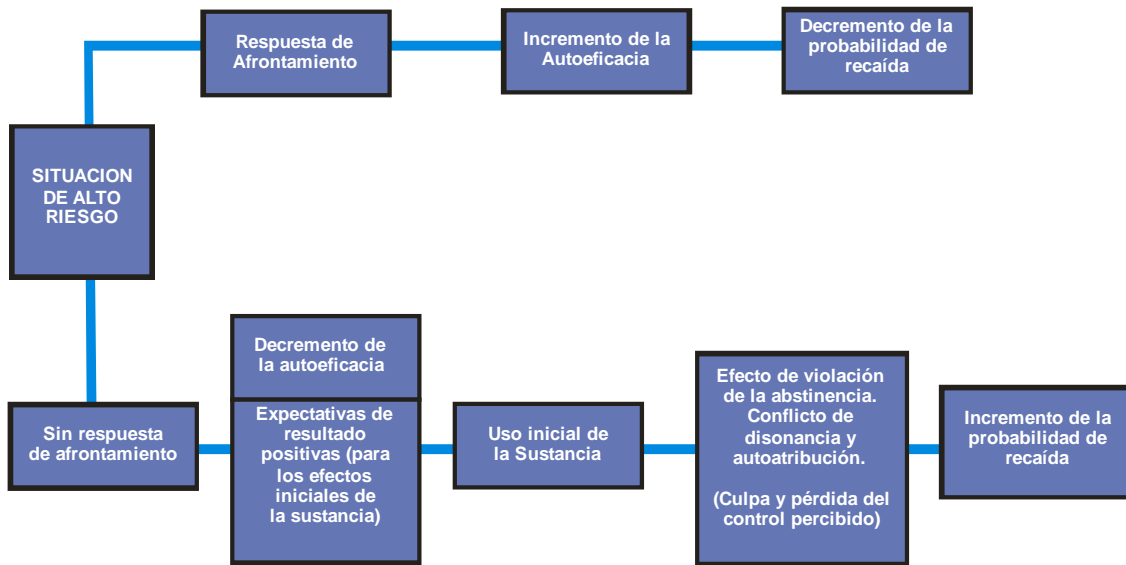


Figura 1. Etapas en el Modelo de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985)

La comprensión de los factores asociados con la recaída no es fácil. Shiffman (1989) considera que en las recaídas se dan tres tipos de factores de riesgo clasificados en: *permanentes*, las características personales relativamente permanentes como la personalidad o el grado de dependencia, *variables antecedentes o de fondo*, son variables de instauración lenta como el estrés laboral y del entorno como la cohesión familiar, y, los *acontecimientos precipitantes*, como la presión social o el aumento de la disponibilidad.

Factores predisponentes y/o vulnerabilidad a la recaída

Las características de las situaciones de recaída suelen ocurrir de distinta forma y en respuesta a la distinta vulnerabilidad de los sujetos ante determinadas

situaciones que elicitarán, en primer lugar, una caída esporádica y aislada; y posteriormente, la recaída en el consumo. Por lo tanto, si se considera frecuente que se produzcan recaídas entre los exfumadores, sería importante evaluar la vulnerabilidad a la recaída de los mismos, es decir, conocer en qué momentos experimentan más tentaciones que les puedan conducir a una recaída.

La vulnerabilidad a la recaída tiene dos posibles explicaciones. Por una parte, el fumar favorece el condicionamiento clásico a estímulos específicos y en segundo lugar el fumar también puede cumplir una función instrumental para el fumador. Una forma de evaluar la vulnerabilidad a la recaída es evaluar las crisis de recaída de la historia del fumador o de sus últimas recaídas (Míguez y Becoña, 1997).

Existe un común denominador en los procesos de recaída de las diferentes conductas adictivas, el EVA, que trata de explicar la pérdida de control subsiguiente a la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

Los efectos sumatorios de ambas reacciones incrementan grandemente la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar, por tanto, a la pérdida de control. La intensidad del efecto de violación de la abstinencia depende de varios factores, tales como la duración del período de abstinencia, el grado de compromiso personal o público para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para el sujeto.

Las condiciones en que se pone en marcha el efecto de violación de la abstinencia están medidas por el grado de eficacia personal del sujeto y por la dinámica de la situación de recaída en sí misma. Si bien los factores que determinan la recaída dependen de la red en complejas interacciones, hay una secuencia básica de acontecimientos cognitivos que se muestra de forma consistente en todos los procesos de recaída:

Precipitantes de la recaída

Se ha visto que son múltiples las causas que pueden desencadenar en un exfumador la vuelta al consumo. Se sabe que el proceso de recaída está vinculado a dimensiones o factores situacionales y estados emocionales, considerándose éstos como principales causas de recaída. También se han subrayado los estilos atributivos del exfumador, que junto con otras dimensiones cognitivas (como el nivel de autoconfianza) y conductuales (estrategias de afrontamiento empleadas), son los factores más relevantes a considerar en el estudio de la recaída (Castillo & Musitu, 1992).

Marlatt y Gordon (1985) consideran que, tanto en la adicción al tabaco como en otras adicciones, se dan situaciones de alto riesgo que favorecen la recaída y que las causas de la recaída se deben a factores propios del individuo y a determinantes o reacciones a los eventos ambientales o interpersonales. También se ha encontrado que en algunos casos, factores fisiológicos, principalmente derivados de los efectos de la abstinencia, han sido los detonantes de la recaída.

Los factores relacionados con la recaída en función de la evidencia empírica han sido agrupados en tres categorías: situacionales, fisiológicos y psicológicos.

Factores situacionales: se considera que la recaída ocurre en la intersección de una situación provocadora y una deficiente respuesta de afrontamiento. Shiffman, Read, Maltese, Rapkin & Jarvik, (1985) deriva siete principales precipitantes de la recaída en fumadores: comida, afecto negativo y positivo, consumo de alcohol, situaciones sociales, aburrimiento y sustitutos de comer.

Situaciones que llevan al afecto negativo o positivo: en el caso de las situaciones de afecto negativo, son situaciones en las que el individuo experimenta un estado emocional o de humor negativo (Marlatt, 1993), tales como el enfrentamiento a la frustración y/o enfado, como cualquier otro estado negativo. Aquí se incluirán los

sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado, así como sentimientos de miedo, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, tristeza, etc. (Shiffman, Hickcox, Paty, Gnys, Kassel & Richards, 1997); se incluirán reacciones de estrés (Becoña, Lista & Froján 1989). Las situaciones que provocan afecto negativo son las más frecuentemente asociadas con la reanudación del consumo. Para Kenford, Wetter, Smith, Baker, Jorenby & Fiore (2002) la dependencia a la nicotina tiene que ver con las experiencias individuales de afecto negativo y las expectativas del consumo de nicotina para mejorar o aminorar dicho afecto. Aunque fumar es más habitual bajo condiciones de afecto negativo, algunos fumadores son propensos a fumar con sentimientos positivos; esto es, estados donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. Los fumadores alegan que así acentúan sus sentimientos, al encontrarse felices, sin embargo, esto hace que bajen la guardia y vuelvan a fumar (Becoña & Míguez, 1995a).

Comida: la comida es un estímulo frecuente para fumar y un antecedente habitual de la recaída. Fumar después de las comidas o con el café es tan común y gratificante para los fumadores que estas ocasiones deben ser consideradas de alto riesgo quizá por la asociación tan fuerte que existe (Míguez & Becoña, 1997).

Sustitutos de comer y ganancia de peso: la sustitución de la comida es otra de las funciones de los cigarros, es utilizado para no tener hambre o para controlar las ganas de comer (Becoña & Míguez, 1995a). La ganancia de peso después de dejar de fumar ha adquirido gran importancia debido a que este problema puede convertirse en un inhibidor para dejar de fumar y a la vez puede contribuir a una recaída (Becoña & Vázquez, 2000). La explicación más apoyada con relación al aumento de peso, después de dejar de fumar, dice que cuando una persona deja los cigarros se le regula el sentido del gusto, que antes cuando era fumador estaba amortiguado. Ello puede conducir a saborear mejor la comida, gustarle más e incluso comer más.

Consumo de alcohol: el beber se ha comprobado que facilita el fumar, dado que el alcohol puede disminuir la motivación y la capacidad de afrontamiento (Shiffman, et al. 1997). Por lo tanto, al inhibir las respuestas de afrontamiento, la probabilidad de recaída aumenta. En la investigación realizada por García & Becoña (1997) se confirma que el consumo de alcohol es un importante predictor del consumo de cigarrillos después del tratamiento.

Situaciones sociales y/o presencia de otros fumadores: las condiciones sociales adquieren gran importancia debido a que pueden favorecer o perjudicar el mantenimiento de la abstinencia, en el sentido de facilitar o impedir la presencia de numerosas oportunidades para fumar. La presencia de otras personas, fumadores o no, puede influir en el exfumador de múltiples maneras, en muchos casos el fumar en un intento de afrontar los conflictos asociados con una relación interpersonal. Becoña, Lista & Froján (1989) reportó en una investigación que de los determinantes de la recaída, la presión social es la que aparece como más importante. El ofrecimiento de cigarrillos por parte de otros fumadores, ver como realizan su consumo, la disminución del control, el efecto de conformidad y la tentación que se produce en tales circunstancias, produce en algunas situaciones que la persona que había dejado de fumar se sienta distinta ante otras y fume (Becoña & Míguez, 1995a).

Contagio social: se refiere a la exposición a otros fumadores que funcionan como un estímulo que puede provocar la tentación o la recaída. El que un exfumador recaiga o no dependerá de las estrategias que posea y ponga en marcha, para que este efecto quede reducido, es necesario hacerle frente y de eso dependerá que se produzca una caída, recaída o salga airoso de la situación. La presión social esta relacionada con esto y se refiere a situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de sujetos que ejercen presión sobre él para que realice la conducta no deseada (Míguez & Becoña, 1997). La presión social puede ser directa (contacto interpersonal directo con persuasión verbal por parte de otros para que el sujeto haga uso de la sustancia) e indirecta

(se refiere a estar en presencia de otras personas que están involucradas con la misma conducta y no necesariamente ejercen presión directa). Por lo tanto, un factor de riesgo para la recaída es el ambiente social del exfumador, es decir, que sus amistades, compañeros de trabajo, o algún miembro de su familia, principalmente su pareja fume. Presumiblemente estar alrededor de otros fumadores proporciona más indicios o tentaciones para fumar y menos apoyo social para el abandono.

Falta de apoyo social: las relaciones de ayuda constituyen uno de los elementos más importantes en la facilitación del avance en el proceso de cambio pero también pueden jugar un importante papel en la etapa del mantenimiento de la abstinencia. El apoyo social debe de ser un componente básico en los programas para dejar de fumar (Becoña & Vázquez, 2000)

Factores fisiológicos: el tabaco también se puede utilizar para afrontar estados físicos-fisiológicos negativos, como el afrontamiento del dolor, la enfermedad, una lesión, la fatiga, etc., o estados físicos asociados con el uso previo de la droga, tales como el síndrome de abstinencia que puede ocurrir tras dejar de fumar.

Los efectos de la abstinencia provocan la recaída: pocas horas después de haber iniciado el abandono del tabaco comienza el deseo de fumar, manifestándose síntomas como cefaleas, aumento de sensación de hambre, cambios emocionales como mayor irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse e inquietud. La persona se da cuenta de que puede evitarlos volviendo a fumar, lo que le conduce a sentirse mejor, reforzándose así la conducta de consumo y por tanto la recaída (Shiffman, et al.1997).

El craving o fuertes deseos por consumir una vez que se está en abstinencia se asocia a la recaída: se ha planteado que dejar de fumar bruscamente (estímulo incondicionado EI), suele provocar síntomas de abstinencia incluyendo deseos (respuesta incondicionada RI). Por otra parte, los estímulos ambientales (estímulos condicionados EC) que son asociados repetidamente con la abstinencia, pueden desencadenar síntomas de abstinencia y deseos condicionados (respuestas condicionadas, RC) (Míguez & Becoña, 1997). El craving o la urgencia por fumar es mayor cuando los niveles de enojo, ansiedad, tristeza o confusión son altos (Doherty, Kinnunen, Militello & Garvery, 1995).

Factores psicológicos

Si existen situaciones que pueden conducir a la recaída, también es cierto que factores individuales propios del individuo pueden resultar decisivos. El estado emocional en el que se encuentre el individuo en el momento, el grado de confianza que posee para enfrentarse a una situación de riesgo, o la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, son algunos de los factores individuales que pueden, en un momento determinado, contribuir a que se desencadene una recaída.

Estados emocionales negativos: Sentimientos de tristeza, miedo, tensión, frustración, enfado, soledad, ansiedad, depresión, aburrimiento, preocupación y otros estados disfóricos similares, se han asociado frecuentemente con fumar, y por lo tanto, con las posibles recaídas. Un estado emocional negativo puede venir derivado de situaciones tales como: la muerte de un familiar, problemas laborales, reacciones de estrés, hablar en público, desgracias personales o accidentes, entre otros. También se hace referencia a culpabilidad y respuestas a demandas del medio ambiente o del propio individuo que es probable que produzcan sentimientos de ira. El fumador, en estos casos, utiliza los cigarrillos para mitigar el efecto displacentero. Por lo que respecta al aburrimiento, los fumadores que están aburridos se ven a sí mismos como “haciendo” algo cuando fuman. Fumar, es un

entretenimiento para muchas personas, o un modo de evitar el aburrimiento. A pesar de ser múltiples los estados emocionales que pueden conducir a una recaída, son dos los que más frecuentemente se han asociado con la recaída en exfumadores, estos son: el estrés y la depresión.

Estrés: fumar, en algunas ocasiones, puede cumplir con una función instrumental para el fumador. En este caso, el fumar se utilizaría como una herramienta psicológica. También puede ocurrir que los individuos que experimentan un incremento de su arousal emocional en situaciones de alto riesgo, interpreten esta reacción como querencia de la droga, en lugar de atribuirlo al estrés de la situación. A su vez, será de mayor intensidad cuando el estrés de una situación de alto riesgo y la presencia de indicios de la sustancia (disponibilidad de la sustancia) ocurren próximos. Bajo condiciones de estrés, la respuesta de afrontamiento predominante probablemente será fumar, si no se dispone de una respuesta de afrontamiento bien establecida. Un individuo bajo estas circunstancias tal vez piense: “estaré más relajado y podré enfrentarme mejor a esta situación si me fumo un cigarro” (Becoña & Vázquez, 2000). Por lo tanto, puede haber fuertes deseos de la droga si la persona cree que esta actividad le reducirá la tensión y el estrés.

Depresión: se ha relacionado la depresión o síntomas depresivos con la recaída (Ockene, Emmons, Mermelstein, Perkins, Bonillo, Voorhees & Hollis, 2000). Algunos autores han señalado que los fumadores deprimidos parecen experimentar más síntomas de abstinencia en el abandono, por lo tanto, es menos probable que consigan dejar de fumar y que recaigan con mayor probabilidad. Vázquez & Becoña (1998) encontraron que tener una mayor sintomatología depresiva es un predictor de malos resultados al año de seguimiento. El humor depresivo puede ser visto como un síntoma de la falta de la nicotina, es decir, como efecto de la abstinencia. Una hipótesis orientada más cognitivamente es la derivada de la teoría de la indefensión aprendida de la depresión. Esta teoría sugiere que las personas deprimidas continúan fumando porque tienen menos

autoeficacia relacionada con el abandono (Burgess, Brown, Kahler, Niaura, Abrams, Goldstein & Miller, 2002). Es decir, después de una recaída los fumadores deprimidos es más probable que concluyan que fracasarán en futuros intentos de abandono. Parece probable que se utilice la nicotina para manejar los déficits afectivos y conductuales (Becoña & Vázquez, 2000)

La autoeficacia: desde que Bandura (1982) formuló la teoría de la autoeficacia, se ha propuesto que ésta es un importante factor cognitivo, mediador entre el abandono y el mantenimiento de la abstinencia, sin embargo, ha sido poco estudiada. Bandura definió la autoeficacia como la convicción de que uno puede realizar con éxito la conducta o conductas necesarias para producir los resultados deseados. Se considera que la autoeficacia está determinada por la historia personal de éxitos y fracasos, la observación y la influencia de los demás y los estados de activación emocional. La mayor autoeficacia tanto al final del tratamiento como en cada tiempo de seguimiento es un adecuado predictor de la abstinencia tanto a corto como a largo plazo (Sánchez, Fulgencio, Olivares & Rosa, 1999).

Falta de estrategias y destrezas de afrontamiento: Marlatt y Gordon (1985) consideran a las estrategias de afrontamiento como aquellas estrategias y habilidades que deben formar parte del repertorio conductual del sujeto, para que este pueda salir exitoso de su enfrentamiento a las situaciones de alto riesgo. Aquellos fumadores que ponen en práctica adecuadas habilidades de afrontamiento (cognitivas y/o conductuales) van a ser los que se mantendrán abstinentes. El afrontamiento cognitivo implicaría sólo actividad mental, mientras que el afrontamiento conductual requiere de una actividad observable. Bliss, Garvey, Heinold & Hitchcock en 1989, confirmaron que los sujetos que se enfrentaron con un mayor número de estrategias conductuales y cognitivas a las crisis situacionales, se pudieron mantener abstinentes una vez concluido el tratamiento. El no utilizar respuestas de afrontamiento en situaciones de alto riesgo afectará la probabilidad de cometer un desliz o caída y si a la vez tiene

lugar el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) esto contribuirá a que la caída se convierta en recaída.

Existen otras categorías intrapersonales que deberían de incluirse en el modelo, de Marlatt y Gordon (1985), la primera categoría es la de “impulsos y tentaciones”, y la segunda, es la de “poner a prueba el control personal”, y va ligada al pensamiento: “estoy seguro de que ahora puedo consumir y luego dejarlo” (Hodgson, 1993).

Desde 1979, Marlatt señaló que el proceso de recaída, independientemente del problema particular implicado, aparece frecuentemente asociado a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

Becoña y Míguez (1995a) lo confirman señalando que en uno de sus estudios llevados a cabo con dicho modelo, generalmente el proceso de recaída aparece asociado a tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, presión social y conflictos interpersonales.

Por otro lado, Shiffman et al. (1985), que se han centrado en el estudio de la recaída en fumadores, así como en qué factores determinan que estos sujetos recaigan han encontrado como precipitantes de la recaída los siguientes:

1. Situaciones relacionadas con la comida
2. Afecto negativo (frustración, ansiedad, depresión, enojo)
3. Consumo de alcohol
4. Situaciones sociales
5. Aburrimiento
6. Afecto positivo
7. Sustitutos de comer

Otra de las causas que Shiffman et al. (1985) han encontrado que llevan a las personas que han dejado de fumar a recaer, es la presencia de otros fumadores. El ofrecimiento de cigarrillos por parte de éstos o ver cómo realizan su consumo, la disminución del control, el efecto de conformidad y la tentación que se produce en tales circunstancias, produce que en algunas ocasiones la persona que había dejado de fumar se sienta distinta ante las personas que fuman, y vuelva a su estatus anterior de fumador (Shiffman, Hickcox, Paty, Gnys, Kassel & Jarvik, 1987).

Revisión de instrumentos situacionales

En México, se ha realizado poca investigación cuyo objetivo principal haya sido la identificación de situaciones riesgo en el caso particular de la población fumadora.

A continuación se presenta la revisión de algunos instrumentos que se consultaron para la construcción del Inventario Situacional para Consumidores de Tabaco:

- ❖ El Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) creado en 1985 por Annis & Martin el cual tiene como objetivo identificar situaciones de riesgo de consumo de sustancias, en personas de diferentes edades y estados socioeconómicos para mejorar la calidad de vida (Annis & Martín, 1995). Este es un cuestionario de auto reporte que consta de 50 reactivos donde se describen situaciones en las cuales un individuo pudo consumir o usar drogas durante el año pasado. En México fue adaptado para población adulta por De León & Pérez (2001).
- ❖ El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISDC-A) fue adaptado por Martínez, Ruiz & Ayala en 2003. El inventario final está conformado por 27 reactivos, repartidos en cuatro categorías: emociones agradables con otros, emociones

desagradables, búsqueda de bienestar y momentos agradables con otros. Tiene 4 opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 3 (casi siempre).

- ❖ Cuestionario de la motivación a fumar. Becoña y Lorenzo (2004) en su artículo “Evaluación de la conducta de fumar” señalan que Tomkins elaboró un modelo de la conducta de fumar derivada de su teoría de las emociones. Para Tomkins la conducta de fumar está motivada por estados afectivos. Distingue entre afectos positivos y negativos. Dentro de los fumadores de afecto positivo distinguió dos tipos: los fumadores que fumando estimulan el afecto positivo de la excitación incrementando el arousal a un nivel más óptimo, y los fumadores que fuman por relajación, la cual mejora el afecto positivo de placer. Los fumadores de afecto negativo o fumar sedativo, fuman para reducir los sentimientos displacenteros de angustia, ira, miedo, vergüenza, etc., o una combinación de varios de ellos. Los fumadores de tipo adicto se caracterizarían por estimular el afecto positivo y reducir el afecto negativo. En el caso del fumador habitual el fumar se ha convertido en un hábito automático. Tomkins desarrolló un cuestionario para diferenciar a los tipos de fumadores, el Cuestionario de la motivación a fumar; la factorización de la escala indicó la existencia de seis factores acerca de la motivación para fumar: reducción del afecto negativo, adictivo, habitual, relajación placentera, estimulación y manipulación sensoriomotora. Posteriormente se indicó la existencia de otro factor (Becoña & Lorenzo, 2004), el factor psicosocial, que se caracteriza por fumar para crear una imagen social deseable, fomentando sentimientos de confianza social. A partir de este trabajo construyó una escala y sus resultados indicaron la aparición de seis factores: fumar por estimulación, fumar indulgente, fumar psicosocial, fumar sensoriomotor, fumar adicto, y fumar automático.

- ❖ Cuestionario de Evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos. Los resultados obtenidos permitieron categorizar los episodios de recaída en fumadores tanto con el modelo de Marlatt como con el de Shiffman. Becoña & Míguez (1995b), reportan como la causa más frecuente de recaída el afecto negativo o el estado emocional negativo.

- ❖ Smoking Consequences Questionnaire (Cepeda & Reig, 2000), el cual está formado por 39 reactivos con ocho categorías: reducción del afecto negativo, estimulación/aumento del estado de ánimo, riesgos para la salud, experiencia sensorial al fumar, facilitación social, mantener el control, urgencia por fumar y reducción del aburrimiento.

- ❖ Relapse Situation Efficacy Questionnaire (Gwaltney, Shiffman, Norman, Jean, Kassel, Gnys, Hickcox, Waters & Balabanis, 2001) está conformado por 43 reactivos con 7 categorías: afecto negativo, afecto positivo, situaciones restrictivas, ocio, social/comida, arousal bajo y urgencia por fumar.

Justificación

Esta investigación, nace de la necesidad de contar con un instrumento válido y confiable para identificar situaciones de consumo de tabaco en fumadores. Los resultados que se obtengan a partir de la aplicación de este instrumento permitirá personalizar y optimizar el Tratamiento para usuarios de Tabaco (Lira, 2002), que actualmente se aplica en el Centro de Atención de Adicciones de la Facultad de Psicología.

Este programa, tiene como sustento la teoría cognitivo social y utiliza como estrategia principal la entrevista motivacional, utiliza técnicas de autocontrol y la aproximación de prevención de recaídas (Lira, Betanzos, Medina, Cruz & Ayala, 2008). De acuerdo con Carroll (1999), el modelo de prevención de recaídas se caracteriza por: la identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones; el entrenamiento de habilidades para tratar de prevenir las recaídas que pueden ocurrir y por tanto minimizar la presentación de consecuencias adversas. El enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante; y se enseña un modelo general de solución de problemas y se aplica a posibles situaciones de riesgo de consumo excesivo para incrementar la autoeficacia.

De ahí la importancia de conocer las causas que llevaron al usuario a consumir así como las consecuencias que obtuvo del consumo para poder prevenir recaídas y lograr el mantenimiento a corto y largo plazo. Una vez que podamos identificar causas y consecuencias, el usuario, asistido por el terapeuta, puede planear una serie de estrategias de afrontamiento para situaciones específicas.

Capítulo 6

Método

Objetivo general

Crear un instrumento válido y confiable que permita identificar las situaciones de consumo de los fumadores.

Para cumplir con este objetivo, se contemplaron tres fases: 1. Identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales, 2. Categorización de las situaciones por un panel de expertos, y 3. Construcción de un instrumento con las situaciones identificadas y análisis de fiabilidad y validez. Cada una de estas fases, tiene un objetivo particular con un procedimiento específico.

Fase 1. Situaciones de consumo de tabaco

La metodología utilizada para esta fase es de corte cualitativo y se denomina grupos focales. Esta técnica se caracteriza por ser una entrevista que es conducida por un moderador, quien de manera ideal, tiene conocimiento de técnicas de discusión y de dinámicas de grupos. Los grupos focales están diseñados para orientar la discusión del grupo sobre algo. El rango posible de los grupos focales está limitado por las necesidades del investigador. Los grupos focales se conforman de 6 a 12 participantes que se pueden elegir de manera aleatoria o por requisitos preestablecidos; el objetivo es que los miembros del grupo sean de algún modo representativos de la población de interés. Generalmente, las sesiones tienen una duración de una a dos horas, y se realizan en salones con equipo de sonido y video para conservar un registro de la sesión del grupo (Jay & Swerdlik, 2000).

Objetivo

Identificar las situaciones de consumo de tabaco a través de entrevistas con grupos focales

Participantes

Se formaron tres grupos focales de 6 a 12 participantes y se tomaron como criterios de inclusión, ser fumador y tener una edad de 18 a 65 años. Las reuniones se llevaron a cabo en cubículos.

Instrumentos

Cuestionario para Grupos Focales: Este cuestionario se creó a partir de la literatura consultada sobre situaciones de consumo de drogas y de tabaco. Está formado por 10 preguntas abiertas, 7 de estas, abarcan las categorías presión social, momentos agradables o de celebración, momentos desagradables, malestar físico, placer, imagen social y tentación; las otras 3 se refieren a situaciones generales, situaciones de mayor consumo y diferencias de género en el consumo. Cada entrevista focal fue grabada con video cámara.

Procedimiento

A cada integrante, se le entregó un cuestionario y se les dio el tiempo necesario para que respondieran las preguntas. La instrucción fue: "Responde cada una de las preguntas haciendo referencia a tu consumo y al de otros fumadores" (Anexo 1). Una vez que todos los participantes concluyeron, se inició una discusión acerca de lo que habían respondido en cada reactivo. La discusión con cada grupo focal permitió conocer diferentes situaciones de consumo. Las categorías que se plantearon de manera inicial se formaron a partir de las categorías ya propuestas en otros instrumentos considerando el tipo de situaciones que se obtuvieron de las entrevistas con los grupos focales.

A partir de los resultados obtenidos en la fase 1, se creó un instrumento de 98 reactivos con 4 opciones de respuesta y 10 categorías para clasificar.

Fase 2. Categorización de las situaciones de consumo

Objetivo

Categorizar las situaciones de consumo de tabaco a través de un panel de expertos

Sujetos

Participaron 37 jueces, licenciados, maestros y doctores expertos en adicciones del Centro de Atención de Adicciones Acasulco. Se realizaron dos piloteos, en el primer piloteo participaron 15 jueces y en el segundo 22.

Instrumentos

Cuestionario de Evaluación Interjueces 1: formado por 98 reactivos con 10 categorías como opción de respuesta para categorizar cada situación (Anexo 3). A cada categoría se le asignó un código de clasificación:

Emociones Agradables (EA): son situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica estados emocionales positivos, son situaciones en las que el sujeto se siente bien.

Emociones Desagradables (ED): se refiere a situaciones en las que el consumo de tabaco implica estados emocionales negativos, sentimientos como enojo, tristeza, estrés, depresión, culpa, etc.

Momentos Agradables (MA): son situaciones en las cuales, el consumo de tabaco implica estados emocionales positivos que ocurren en conjunto de un evento especial (vacaciones, cumpleaños) y/o en compañía de otras personas.

Momentos Desagradables (MD): son situaciones en las cuales, el consumo de tabaco implica estados emocionales negativos que ocurren en conjunto con un evento estresante para el sujeto.

Malestar Físico (MF): son situaciones en las que el consumo de tabaco implica algún dolor físico, fatiga, tensión muscular, etc.

Necesidad Física (NF): son situaciones en las que el consumo de tabaco implica experimentar el deseo, la tentación o la urgencia de consumir tabaco como una respuesta a una situación o situaciones en las cuales el sujeto consume para aminorar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Conflicto con Otros (CO): situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica situaciones interpersonales que involucran frustración y enojo.

Presión Social (PS): situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica alguna forma de presión social directa (persuasión verbal o proporcionar un acceso directo a la droga) o indirecta en la cual la mera presencia de otra gente que comprometida con la conducta es un tipo de presión mediata.

Imagen Social (IS): son situaciones en las cuales el sujeto consume el tabaco para atribuirse características socialmente aceptadas.

Búsqueda de Bienestar (BB): son situaciones que se relacionan con la búsqueda de efectos positivos a través del consumo del tabaco, más que de remediar un daño o malestar.

Cuestionario de Evaluación Interjueces 2: formado por 90 reactivos con 9 categorías (Anexo 4) ocho de las cuales, ya han sido definidas pues son categorías que permanecieron del jueceo anterior y son las siguientes: Emociones Agradables, Emociones Desagradables, Momentos Agradables, Malestar Físico,

Necesidad Física, Conflicto con Otros, Presión Social e Imagen Social. Costumbre (C) sería una nueva categoría y se definió de la siguiente manera:

Costumbre (C): son situaciones en las que más que remediar un daño o malestar, el sujeto fuma por *hábito*, sin embargo, estas situaciones no están relacionadas necesariamente con personas, lugares, eventos especiales o emociones específicas.

Procedimiento

Para el piloteo uno, la instrucción fue la siguiente: "Identifique y clasifique los reactivos de acuerdo a la categoría situacional a la que pertenecen".

En el piloteo 2, la instrucción fue: "Identifique y clasifique cada reactivo en la categoría situacional (personal o que involucre a terceras personas) que considere corresponde".

En ambas evaluaciones, se entregó el cuestionario a los jueces dentro del Centro Acasulco. Se le pidió siguiera las instrucciones correspondientes e hiciera las observaciones necesarias acerca de la facilidad para entender las instrucciones, el formato del instrumento, las categorías planteadas, su definición; así como los reactivos considerados y su redacción.

Fase 3. Construcción del instrumento a partir de las situaciones identificadas

Objetivo

Validar y obtener la confiabilidad del Inventario de Situaciones de Consumo para Fumadores

Sujetos

Se realizaron 342 aplicaciones a fumadores voluntarios; el 51.2% estuvo representado por mujeres y el 48.8% restante por hombres, con una media de edad de 26.35 años en un rango de 18 a 65 años, el sexo fue indistinto.

Instrumentos

Cuestionario de Situaciones de Consumo de Tabaco: está formado por 46 reactivos con 4 opciones de respuesta: nunca, rara vez, frecuentemente y siempre.

Procedimiento

A cada sujeto se le entregó el instrumento y lápiz, y se les pidió siguieran la siguiente instrucción: “A continuación se presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen cigarros. Lea cuidadosamente cada uno de los reactivos y responda en términos de su propio consumo en el último mes de acuerdo a la escala que se le presenta”. (Anexo 8).

Una vez que el sujeto concluyó se le preguntó si había tenido dudas o dificultades para entender las instrucciones, los reactivos o al responder cada uno de ellos.

Capítulo 7

Resultados

Fase 1. Identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales

Se realizaron tres entrevistas con grupos focales. El moderador fue el mismo para las tres entrevistas. Se entrevistaron a 24 sujetos, 10 hombres (41.6%) y 14 mujeres (58.3%). En el primer grupo focal participaron 6 sujetos de 36 a 65 años de edad, en el 2º grupo participaron 6 sujetos de 26 a 35 años, por último, en el 3er grupo participaron 12 sujetos de 18 a 25 años. El nivel académico de todos los participantes fue licenciatura.

La aplicación del instrumento a grupos focales permitió recolectar diferentes situaciones de consumo. Debido a que había situaciones de consumo comunes para diferentes participantes se inició una discusión que tuvo como objetivo que cada participante especificara la situación a la que se refería para que la situación pudiera quedar más clara y mejor redactada. Una vez que se analizaron las listas situacionales de cada grupo focal, se formó una lista general de 98 situaciones de consumo (Anexo 2).

Fase 2. Categorización de las situaciones por un panel de expertos.

Evaluación Interjueces 1

A partir de los análisis a los reactivos situacionales y de la revisión de la literatura se plantearon y definieron 10 categorías.

Sin embargo, los resultados y observaciones obtenidas de la aplicación del instrumento permitieron realizar las siguientes modificaciones: se eliminaron 16 reactivos y se redactaron nuevamente 10 más. La categoría Momentos Desagradables, fue eliminada debido a que los reactivos que inicialmente se

ubicaron en esta categoría, fueron categorizados por los jueces en Emociones Desagradables. Por el tipo de reactivos que se agruparon y las observaciones que nos hicieron los jueces, se eliminó Búsqueda de Bienestar y se definió Costumbre (Anexo 4).

Evaluación Interjueces 2

Con los resultados que se obtuvieron de la evaluación interjueces 2, se realizaron tres diferentes tipos de análisis para validar las categorías y los reactivos: 1. Razón de validez de contenido (Anexo 5), Reactivos más de la mitad de acuerdo entre jueces (Anexo 6) y Reactivos y categorías más del 85% (Anexo 7).

Análisis de razón de validez de contenido

Este método elaborado por Lawshe en 1975 (Cohen & Swerdlik, 2000) propone una fórmula simple para cuantificar el grado de consenso pidiendo a un grupo de expertos que determinen la validez de contenido de una prueba de acuerdo con Lawshe, si más de la mitad de los miembros del jurado indica que un reactivo es esencial, ese reactivo tiene al menos alguna validez de contenido. Existen niveles mayores de validez de contenido conforme cantidades mayores de expertos concuerden en que un reactivo particular es esencial. Usando estas suposiciones, Lawshe desarrolló una fórmula denominada *razón de validez de contenido*:

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde CVR = razón de validez de contenido, n_e = número de expertos que indican “esencial” y N = número total de expertos. Lawshe recomienda que si la cantidad de acuerdo observado tiene una probabilidad de más de 5% de ocurrir al azar, el reactivo debería de eliminarse. Los valores mínimos de la CVR correspondientes a este nivel de 5% es .42.

De acuerdo con lo anterior, el número de expertos que participaron fue de 22 y el valor mínimo de razón de validez fue de .42. En el Anexo 5, se señala con **negritas** los reactivos que de acuerdo con este análisis se consideraron para el instrumento final. Los resultados de este análisis propusieron eliminar las siguientes categorías: Momentos Agradables, Necesidad Física y Conflicto con otros, por tener menos de 3 reactivos. Se conservaron 52 reactivos; 4 de Emociones Agradables, 20 de Emociones Desagradables, 4 de Malestar Físico, 3 de Presión Social, 8 de Imagen Social y 13 de Costumbre.

Análisis de validez más de la mitad de acuerdo entre jueces

El criterio considerado fue que más del 50% de los jueces estuvieran de acuerdo al categorizar cada una de las situaciones. Se consideraron 77 reactivos 6 de Emociones Agradables, 23 de Emociones Desagradables, 4 de Momentos Agradables, 8 de Malestar Físico, 3 de Necesidad Física, 5 de Conflicto con Otros, 5 de Presión Social, 9 de Imagen Social y 15 de Costumbre. Sugirió conservar las 9 categorías y eliminar 17 reactivos. La información correspondiente en el Anexo 6.

Análisis de validez de reactivos y situaciones más del 85%

Se presentan los 30 reactivos que de acuerdo con este análisis era importante considerar para la construcción del instrumento final. El criterio fue que el 85% o más del 85% de las situaciones o reactivos calificaran para cada categoría. De acuerdo con estos resultados se conservaron 4 reactivos de Malestar Físico, 6 de Imagen Social, 4 de Emociones Agradables, 12 de Emociones Desagradables y 4 de Costumbre. Presión Social fue la categoría que se eliminó por tener sólo 2 reactivos (Anexo 7).

Finalmente, se hizo una revisión de las situaciones y categorías que quedaron en cada uno de los análisis, se retomaron las situaciones y categorías en común y se planteó un último instrumento para hacer la aplicación a la muestra de fumadores. El instrumento quedó conformado por 46 reactivos, con cuatro opciones de respuesta, nunca, rara vez, frecuentemente y siempre (Anexo 8).

Fase 3. Fiabilidad y validez

Con la finalidad de obtener la fiabilidad y validez del instrumento, se realizaron diversos análisis; de manera inicial, se empleó un análisis de frecuencias; en segundo lugar, un análisis factorial con rotaciones varimax; y por último se realizó un análisis de confiabilidad

1. Análisis de Frecuencias

Se revisó la variabilidad de las respuestas a partir de la distribución de los reactivos en las diferentes opciones de respuesta: “nunca”, “rara vez”, “frecuentemente” y “siempre”. Los resultados del análisis de frecuencias, muestran 27 reactivos con variabilidad en las respuestas. En la tabla 9, se muestran los reactivos que conforman el cuestionario, con los respectivos porcentajes que reflejan la variabilidad de éstos.

Tabla 9. Análisis de frecuencias

Reactivo	Media	SD	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Siempre
Cuando estoy deprimido(a)	1.69	1.04	15.0	29.6	26.7	28.7
Cuando siento miedo	1.09	1.10	40.7	25.2	18.4	15.7
Cuando estoy en el baño	.87	1.13	55.5	18.2	10.1	16.1
Cuando estoy angustiado(a)	1.82	1.06	14.5	22.8	29.1	33.5
Cuando tomo café o té	1.50	1.23	31.7	17.2	20.4	30.8
Cuando me duele la cabeza	.44	.82	72.7	15.6	6.9	4.8
Cuando me siento feliz	1.43	1.04	23.5	28.0	30.1	18.5
Cuando estoy desesperado(a)	1.86	1.03	11.9	24.9	28.3	35.0
Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado(a) a fumar	1.36	1.11	28.2	28.8	21.5	21.5
Cuando siento tensión muscular	.75	.97	53.8	26.6	10.4	9.2
Cuando recuerdo algo me puso contento(a)	.83	.95	47.7	29.4	15.3	7.5
Cuando estoy enojado(a)	1.56	1.12	24.0	22.3	27.0	26.7
Cuando veo tele	.79	1.04	57.0	16.9	16.3	9.8
Cuando me duele la garganta	.43	.73	69.5	20.4	8.0	2.1
Cuando me siento satisfecho(a) con mi vida o con lo que hago	1.13	1.02	34.1	30.6	23.1	12.2
Cuando me duele el estómago	.38	.76	76.3	12.8	8.0	3.0
Cuando estoy frustrado(a)	1.37	1.13	30.5	24.3	23.4	21.9
Cuando me siento inseguro(a)	1.26	1.15	36.6	20.4	23.3	19.8
Cuando estoy trabajando en la computadora	.96	1.12	50.3	17.8	17.5	14.5
Cuando me siento vacío(a) interiormente	1.09	1.14	42.9	22.4	17.1	17.6
Cuando me siento alterado(a)	1.67	1.14	21.0	24.0	21.9	33.1
Cuando estoy eufórico(a)	1.40	1.11	28.5	24.1	26.5	20.9
Cuando quiero llamar la atención	.45	.80	70.8	17.9	7.1	4.2
Cuando me siento confundido(a)	.97	1.04	44.5	25.4	18.9	11.2
Cuando siento que a nadie le importo	.85	1.10	55.4	18.8	11.9	14.0
Cuando estoy estresado(a)	1.85	1.13	17.2	21.1	21.4	40.4
Cuando me insisten para que fume	.80	.98	51.2	26.8	13.3	8.7
Después de tener relaciones sexuales	1.19	1.18	40.2	22.3	15.8	21.7
Cuando me ofrecen un cigarro	1.60	1.03	16.2	32.3	26.9	24.6

Cuando estoy leyendo	.97	1.09	46.9	22.8	16.6	13.6
Cuando me siento culpable	.95	1.11	49.1	21.7	14.2	15.1
Cuando termino de comer	1.48	1.18	29.6	19.8	23.7	26.9
Cuando no tengo nada que hacer	1.36	1.14	30.6	24.9	22.0	22.6
Cuando me siento ansioso(a)	1.64	1.09	19.3	25.5	26.7	28.5
Cuando quiero parecer seguro(a)	.60	.94	64.5	18.2	10.1	7.2
Antes de dormir	.94	1.19	54.6	15.3	11.2	18.9
Cuando manejo	.92	1.10	51.1	18.4	17.5	13.0
Cuando me siento nervioso(a)	1.80	1.09	16.3	22.2	26.3	35.2
Cuando algo no me sale bien	1.38	1.13	29.8	23.9	24.8	21.5
Cuando consumo alcohol	2.15	1.09	13.5	12.9	18.8	54.8
Cuando necesito desahogarme	1.41	1.15	30.7	20.4	26.3	22.7
Cuando camino	.81	.97	49.3	30.0	11.6	9.2
Cuando me siento triste	1.38	1.14	30.1	24.5	22.7	22.7
Cuando estoy esperando a alguien	1.35	1.13	29.7	27.4	20.9	22.1
Cuando recibo malas noticias	1.43	1.17	30.9	21.2	22.4	25.6
Cuando me siento presionado(a)	1.75	1.13	20.8	17.8	27.5	33.9

2. Análisis Factorial

El segundo análisis, corresponde a la validez de constructo del cuestionario, la cual se obtuvo a partir del Análisis Factorial de componentes principales con rotación Varimax, mismo que arrojó 4 factores. El primer factor, quedó integrado por 10 reactivos, que hacen referencia a “*Emociones desagradables*”. El segundo factor incluye 9 reactivos, los cuales se asocian con situaciones que reflejan “*Búsqueda de bienestar*”. En tanto que el tercer factor, está constituido por 9 reactivos, los cuales aluden a situaciones relacionadas con “*Ocupar el tiempo libre*”; y por último, el cuarto factor esta formado por 5 reactivos, relacionados con “*Momentos agradables con otros*”. En la tabla 10 pueden observarse los reactivos que conforman el inventario final con su respectiva carga factorial, la varianza explicada y los valores eigen para cada factor.

Tabla 10. Análisis Factorial

Reactivo	Factor 1 Emociones Desagradables	Factor 2 Búsqueda de Bienestar	Factor 3 Ocupando mi tiempo libre	Factor 4 Momentos agradables con otros
Cuando estoy angustiado	.722			
Cuando me siento alterado	.722			
Cuando estoy estresado	.706			
Cuando me siento nervioso	.694			
Cuando estoy desesperado	.692			
Cuando estoy frustrado	.649			
Cuando me siento ansioso	.621			
Cuando estoy enojado	.579			
Cuando me siento presionado(a)	.568			
Cuando estoy deprimido	.546			
Cuando me siento vacío interiormente		.702		
Cuando me siento culpable		.645		
Cuando me siento triste		.642		
Cuando necesito desahogarme		.639		
Cuando me siento confundido		.627		
Cuando me siento inseguro		.574		
Cuando algo no me sale bien		.521		
Cuando siento miedo		.513		
Cuando recibo malas noticias		.511		
Cuando manejo			.617	
Cuando estoy trabajando en la computadora			.603	
Cuando termino de comer			.597	
Después de tener relaciones sexuales			.596	
Cuando estoy leyendo			.565	
Cuando estoy en el baño			.560	
Cuando tomo café o té			.528	
Cuando estoy esperando a alguien			.465	
Cuando no tengo nada que hacer			.451	
Cuando me ofrecen un cigarro				.712
Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado a fumar				.598
Cuando me siento feliz				.586
Cuando me siento satisfecho con mi vida y con lo que hago				.576
Cuando me siento eufórico				.435
Confiabilidad	.94	.91	.86	.79
Varianza Explicada	45.237	5.595	4.025	3.342
Valores Eigen	14.928	1.846	1.328	1.103

3. Análisis de Confiabilidad

Finalmente se realizó un análisis de consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad Alpha de Crombrach, el coeficiente alfa para el cuestionario en su totalidad es de .970. (ver Tabla 11) En este mismo análisis, se evaluó la consistencia interna de acuerdo a los cuatro factores identificados, en donde se observa que para el factor 1: “*Emociones desagradables*” se obtuvo un alfa de .94. En tanto que para el factor 2: “*Búsqueda de Bienestar*” se observa un alfa de .91; para el factor 3: “*Ocupando mi tiempo libre*” el índice de confiabilidad fue .86; y por último el factor 4: “*Momentos agradables con otros*” refleja un índice de .79. Las tablas 12, 13, 14 y 15 muestran, el análisis de consistencia interna para cada uno de los factores.

Tabla 12. Análisis de Confiabilidad para el factor 1: Emociones Desagradables

Reactivos	Corrected Item-total Correlation	Alpha if item-deleted
Cuando estoy angustiado	.665	.969
Cuando me siento alterado	.721	.969
Cuando estoy estresado	.719	.969
Cuando me siento nervioso	.738	.969
Cuando estoy desesperado	.697	.969
Cuando estoy frustrado	.763	.968
Cuando me siento ansioso	.710	.969
Cuando estoy enojado	.686	.969
Cuando me siento presionado(a)	.755	.968
Cuando estoy deprimido	.722	.969

Alpha= .94

Tabla 13. Análisis de Confiabilidad para el factor 2: Búsqueda de bienestar

Reactivos	Corrected Item-total Correlation	Alpha if item-deleted
Cuando me siento vacío interiormente	.690	.969
Cuando me siento culpable	.683	.969
Cuando me siento triste	.736	.969
Cuando necesito desahogarme	.652	.969
Cuando me siento confundido	.712	.969
Cuando me siento inseguro	.715	.969
Cuando algo no me sale bien	.753	.968
Cuando siento miedo	.627	.969
Cuando recibo malas noticias	.747	.969

Alpha= .91

Tabla 14. Análisis de Confiabilidad para el factor 3: Ocupando mi tiempo libre

Reactivos	Corrected Item-total Correlation	Alpha if item-deleted
Cuando manejo	.522	.969
Cuando estoy trabajando en la computadora	.647	.969
Cuando termino de comer	.643	.969
Después de tener relaciones sexuales	.575	.969
Cuando estoy leyendo	.663	.969
Cuando estoy en el baño	.418	.970
Cuando tomo café o té	.513	.969
Cuando estoy esperando a alguien	.755	.968
Cuando no tengo nada que hacer	.674	.969

Alpha= .86

Tabla 15. Análisis de Confiabilidad para el factor 4: Momentos agradables con otros

Reactivos	Corrected Item-total Correlation	Alpha if item-deleted
Cuando me ofrecen un cigarro	.619	.969
Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado a fumar	.521	.969
Cuando me siento feliz	.524	.969
Cuando me siento satisfecho con mi vida y con lo que hago	.635	.969
Cuando me siento eufórico	.701	.969

Alpha= .79

Discusión y Conclusiones

Este trabajo de investigación permitió construir un instrumento para identificar situaciones de consumo en fumadores de tabaco y fué denominado Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco (ISCT).

El instrumento está constituido por 33 reactivos con 4 opciones de respuesta: nunca, rara vez, frecuentemente y siempre. El coeficiente alfa para el cuestionario en su totalidad es de .97 y está integrado por 4 factores: Factor 1: “*Emociones desagradables*” con un alfa de .94 y 10 reactivos; Factor 2: “*Búsqueda de Bienestar*” con un alfa de .91 y 9 reactivos; Factor 3: “*Ocupando mi tiempo libre*” con un alfa de .86 y 9 reactivos; y por último, el Factor 4: “*Momentos agradables con otros*” con un alfa de .79 y 5 reactivos.

De acuerdo con los resultados alcanzados en el proceso de validación, se puede afirmar que el Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco ofrece un alto nivel de fiabilidad y consistencia interna, por lo tanto, cumple con el objetivo de ser un instrumento adecuado para identificar situaciones de consumo de tabaco.

Como Marlatt lo señaló en 1979, las situaciones que mayor riesgo representan para que los individuos consuman son los estados emocionales negativos. Estas situaciones se confirmaron en la investigación con el Factor 1 denominado “*Emociones desagradables (ED)*”. Este factor agrupó reactivos que tienen que ver con emociones negativas o desagradables. Estas situaciones se explican como aquellos estados de ánimo o de humor desagradables o negativos del individuo y/o como aquellas emociones desagradables o negativas como Marlatt (1993) ya lo había definido, que son consecuencia de las fricciones en las relaciones interpersonales, de la alta demanda en la escuela o en el trabajo o del enfrentamiento a situaciones que desconoce el individuo y que le generan expectativas. El coeficiente de confiabilidad para la categoría de ED es el más alto de los cuatro factores y fué también el que más reactivos reunió. Estas situaciones

que son consideradas de alto riesgo y la ausencia de estrategias o habilidades en el repertorio conductual del individuo pueden llevar no sólo al consumo y a su incremento sino también a una recaída como Becoña y Míguez (1995a) lo señalaron en uno de sus estudios llevados a cabo, en donde los estados emocionales negativos, la presión social y los conflictos interpersonales aparecen asociados generalmente con el proceso de recaída.

Es importante señalar que en el Factor 2 de la investigación, nombrado como “Búsqueda de Bienestar (BB)”, aparecen reactivos que contienen sentimientos, emociones y estados de humor o de ánimo negativos o desagradables, sin embargo, para los fumadores, el consumo tiene como objetivo que ante tales situaciones se obtenga una sensación de alivio y descanso o que cumpla con la función de aminorar o mejorar dichos afectos como Kenford, Wetter, Smith, Baker, Jorenby & Fiore lo reportaron en 2002.

En 1985, Shiffman señaló que además de que existen los factores anteriores que determinan que los sujetos consuman y recaigan, existen otros precipitadores: el afecto positivo y el aburrimiento. Aunque el tipo de situaciones que se agruparon en el Factor 3 denominado “Ocupando mi tiempo libre (OTL)”, no se distinguen entre si como Shiffman lo señaló, son situaciones que hacen ver o creer al fumador que “está haciendo algo” y de esta manera está evitando el aburrimiento (Doherty, Kinnunen, Militello & Garvery, 1995). Por otro lado, también son situaciones en las que el consumo de la sustancia serviría para incrementar sus capacidades o sensaciones de placer (Becoña & Míguez, 1995a).

Por último, en el Factor 4: “Momentos agradables con otros (MACO)” interactúan situaciones en las que el individuo por estar inmerso en un entorno social que le es agradable o placentero se siente contento y feliz; estas situaciones implican también la convivencia con terceras personas (Marlatt, 1993) y tal vez con fumadores (Becoña, Lista & Froján, 1989), por lo que la sustancia de consumo con frecuencia estará disponible y la probabilidad de que el individuo esté sujeto a la

presión social indirecta (antojo-tentación) y directa (ofrecimiento-invitación) (Míguez & Becoña, 1997) será mayor.

Durante el jueceo, se propusieron y definieron diferentes categorías que con el desarrollo de la investigación desaparecieron, estas fueron: Imagen social, Necesidad física y Malestar físico.

Las situaciones que fueron agrupadas en Imagen social hacían referencia a que los individuos fumaban para obtener una imagen social deseable o para fomentar el sentimiento de confianza ante un grupo social (Becoña & Lorenzo, 2004), Una de las posibles razones que podrían explicar la desaparición de esta categoría es la diferencia de edades entre los participantes en las entrevistas con los grupos focales y el piloteo.

Para el caso de las categorías de Malestar físico y Necesidad física, las situaciones hacían referencia a aliviar malestares físicos por haber dejado de fumar y que eran causa directa de la presencia del síndrome de abstinencia. Estos reactivos fueron eliminados en la parte del análisis de frecuencias.

Estos resultados permiten considerar al ISCT como un instrumento indispensable en tratamientos para dejar de fumar para identificar situaciones de consumo que considera las características específicas de este tipo de sustancia adictiva, pero además, como una herramienta para prevenir recaídas debido a que permitirá identificar situaciones de riesgo y elaborar planes de acción para mantener la abstinencia a largo plazo.

Un punto importante identificado durante el desarrollo de la investigación fué pensar en la construcción de un instrumento específico para población adolescente, debido a que sus características y necesidades son otras, y por lo tanto, las situaciones de consumo cambian considerablemente.

Referencias

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2003, septiembre). Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. (Inf. de Evaluación de Tecnologías Sanitarias No. 40). Madrid, España.
- Álvarez-Soto, E., y Becoña, E. (1991). Efectividad de los Programas para Dejar de Fumar en Función de Finalizar o no el Tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*. 1, 19-28.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test psicológicos, México: Prentice Hall.
- Annis, H. M., y Martín, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situations (IDS)*. Addiction Research Foundation of Ontario. Canadá.
- Annis, H. M., y Martín, G. (1995). Profile Types on the Inventory of Drinking Situations Implications for Relapse Prevention Counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*. 3. 176-182.
- Bandura (1982) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- Bayot, A., y Capafons, A. (1995). Diferencias Individuales como Predictores del Éxito en la Reducción del Tabaquismo, una Revisión. *Revista Española en Drogodependencias*. 1, 7-16.
- Becoña, I. E. (1992). La Técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán: una Revisión. *Revista Española de Drogodependencias*. 2, 75-92.
- Becoña, I. E. (2003). Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En Bobes, G., Casas, M., y Gutiérrez, F (Eds.), *Manual de Evaluación y Tratamientos de Drogodependencias* (pp. 382-393). España, Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, I. E. (2004a). Conceptos Básicos sobre el Tabaco y los Fumadores. Guía Clínica para Ayudar a los Fumadores a Dejar de Fumar. *Socidrogalcohol*. España, Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, I. E. (2004b). Tratamiento Psicológico del Tabaquismo. *Adicciones. Monografía Tabaco*, 16, (Suppl. 2), 237-263.
- Becoña, I. E. (1992). La Técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán: una Revisión. *Revista Española de Drogodependencias*. 2, 75-92.

- Becoña, I. E., y Gómez, D. (1992). La Técnica de Retener el Humo: una Revisión. *Adicciones*. 4, 339-358.
- Becoña, I. E., Lista, M. J., y Froján, M. J. (1989). ¿Por qué los Sujetos Recaen en los Tratamientos para Dejar de Fumar? Un estudio Exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*. 1, 29-36.
- Becoña, I. E., y Lorenzo, P. A. (2004). Evaluación de la Conducta de Fumar. *Adicciones*. 2, 201-226.
- Becoña, I. E., y Míguez, M. C. (1995a). Abstinencia, Recaída y no Abandono en un Programa para Dejar de Fumar. *Adicciones*. 1, 41-58.
- Becoña, I. E., y Míguez, M. C. (1995b). El Cuestionario de Evaluación de la Recaída/Abstinencia de los Cigarrillos: Primeros Resultados. *Revista Española en Drogodependencias*. 1, 25-40.
- Becoña, I. E., y Vázquez, G. F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, I. E., y Vázquez, G. F. (2000). Las Mujeres y el Tabaco: Características Ligadas al Género. *Revista Española Salud Pública*. 1, 13-23.
- Bliss, E. R., Garvey, J. A., Heinold, W. J. y Hitchcock, L. J. (1989). The Influence of Situation and Coping on Relapse Crisis Outcomes after Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3, 443-449.
- Burgess, S. E., Brown, A. R., Kahler, W. Ch., Niaura, R., Abrams, B. D., Goldstein, G. M., y Miller, W. I. (2002). Patterns of Change in Depressive Symptoms During Smoking Cessation: Who's at Risk for Relapse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2, 356-361.
- Carroll, M. K. (1999). Behavioral and Cognitive Behavioral Treatments. En McCrady, S. B. & Epstein, E. E. (Eds.). *Addictions. A Comprehensive Guidebook* (pp. 250-267). New York: Oxford University Press
- Casas, B., y Gossop, M. (1993). Tratamiento Psicológico. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas. Monografías de Toxicomanías, 16 (Supl. 2), 109-141.
- Castillo, M. R., y Musitu, O. G. (1992). Dimensiones Psicosociales de la Recaída en el Consumo del Tabaco: un Análisis en Fumadores y Exfumadores. *Adicciones*. 4, 299-314.
- Cepeda, B. A., y Reig, F. A. (2000). Smoking Consequences Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*. 3, 219-230.

- Cohen, R. J. y Swerdlik, M.E. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- De León, B. L., y Pérez, F. Y. (2001). Adaptación, Validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence (DTCQ). Tesis de Licenciatura. México, D.F. UNAM. Facultad de Psicología.
- Doherty, K., Kinnunen, T., Militello, F., y Garvery, A. (1995). Urges to Smoke During the First Month of Abstinence: Relationship to Relapse and Predictors. *Psychopharmacology*. 119, 171-178.
- Echeburúa, O. E. (1985). Técnicas de Autocontrol y Programas Multimodales en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psicopatología*. 3, 235-247.
- Echeburúa, O. E., y De Corral, G. P. (1986). Predicción de la Recaída en las Conductas Adictivas: Estrategias de Intervención. *Drogalcohol*. 1, 16-24.
- Echeverría, S. L. y Ayala, V. H. (1977). Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y Adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. México.: Secretaria de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente Muñíz, y la Dirección Nacional de Epidemiología, en coordinación con el Instituto de Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- Foxx, R. M., y Brown, R. A. (1979). Nicotine Fading and Self-Monitoring for Cigarette Abstinence or Controlled Smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 12, 115-125.
- Froján, P. M., y Becoña, I. E. (1999). El Hábito de Fumar y su Tratamiento: Revisión de los Avances en los Últimos Diez Años de Investigación. *Revista de Psicología General y Aplic.* 4, 463-476.
- García Cadena, Cicilo. (2006). La medición en ciencias sociales y en la psicología. En: Landeros Hernández, René y González Ramírez, Mónica T. (comp.). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas.
- García, M. P., y Becoña, E. (1997). Variables Demográficas y de Consumo Relacionadas con la Abstinencia o Recaída en Fumadores. *Adicciones*, 1, 49-60.
- Garrido, R. P., Castillo, H. I., y Colomer, R. C. (1995). ¿Son Efectivos los Tratamientos para Dejar de Fumar? Metaanálisis de la Literatura sobre la Deshabitación Tabáquica. *Adicciones*. 2, 211-225.

- Gwaltney, J., Shiffman, S., Norman, G., Jean, A., Kassel, D., Gnys, M., Hickcox, M., Waters, A., Balabanis, M. (2001). Does Smoking Abstinence Self-Efficacy Vary Across Situations? Identifying Context-Specificity within the Relapse Situation Efficacy Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3, 516-527.
- Hodgson, R. J. (1993). Exposición a Estímulos y Prevención de Recaídas. Casas, B., y Gossop, M. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas. Monografías de Toxicomanías. Cap. 5. 161-189. Ediciones en Neurociencias Sitges.
- Hughes, J.R., Stead, F. L., y Lancaster, T., (2005). Antidepresivos para el Abandono del Hábito de Fumar. Biblioteca Cochrane Plus. (3).
- “Impacto del tabaquismo en la mortalidad en México”. (2002). *Salud Pública de México*. 44 (Suppl.1). 183-193.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005, Mayo). “Estadística a Propósito del Día Mundial sin Tabaco”. Recuperado en Enero de 2007 de www.inegi.gob.mx.
- Jané, Ch. M. (2004). Mujeres y Tabaco: Aspectos Principales Específicos de Género. *Adicciones*. 2, 115-130.
- Jay, C. R. y Swerdlik, E. M. (2000). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición*. México. Mc Graw Hill, 4ª Ed.
- Jiménez, T. I., Bascarán. F. M., García, P. M., Saíz. M. A., Bousoño. G. M., y Bobes, G. J. (2004). La Nicotina como Droga. *Adicciones*. 2. 143-153.
- Kenford, L. S., Wetter, W. D., Smith, S. S., Baker, B. T., Jorenby, E. D., y Fiore, C. M. (2002). Predicting Relapse back to Smoking: Contrasting Affective and Physical Models of Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1, 216-227.
- Kuri, M. P. (2002). Tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 27-29.
- Kuri, M. P., Alegre, J., Mata, M., y Hernández, A. M. (2002). Mortalidad Atribuible al Consumo de Tabaco en México. *Salud Pública de México*. 44 (Suppl.1), 29-33.
- Kuri, M. P., González, R. F., Hoy, M. M. y Cortés R. M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 48 (Suppl. 1), 591-598.
- Ladero, Q. J. M. (1998). Otras Repercusiones Orgánicas del Consumo de Tabaco. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, C., e Lizasoain, I. *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. 367-374. Editorial Médica Panamericana.

- Lichtenstein, E. & Weiss, S. (1986). Patterns of Smoking Relapse. *Health Psychology*. 5 (Suppl.), 29-40.
- Lira, M. J. (2002). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para la Adicción a la Nicotina. Tesis de Maestría, México, D. F. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Lira, M. J., González, B. F., Medina, N. V., Cruz, M. S. E., y Ayala, V. H. (2008). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores. México, D. F. UNAM, Facultad de Psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Litman, G. (1986). Alcoholism Survival: the Prevention on Relapse in Miller W and Heather N. *Treating addictive behaviours*.
- Lorenzo, F. P. (1998). Dependencia Tabáquica. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, C., e Lizasoain, I (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología*. (pp. 329-374). Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. (2002). (1a. ed.) España
- Marlatt, G. A. (1978). Behavioral Assessment of Social Drinking and Alcoholism. Behavioral Approaches to the Assessment and Treatment of Alcoholism.
- Marlatt, G. A. (1979). Alcohol use and Problem Drinking: *A Cognitive-Behavioural Analysis*. Cognitive-Behavioural Interventions: Theory, Research and Procedures.
- Marlatt, G. A. (1993). La Prevención de Recaídas en las Conductas Adictivas: un Enfoque de Tratamiento Cognitivo-Conductual. Casas, B., y Gossop, M. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas. Monografías de Toxicomanías. Cap 4. 137-159. Ediciones en Neurociencias Sitges.
- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (1985). Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York. Guilford Press.
- Martínez, K., Ruiz, G. y Ayala, H. (2003). Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. México: Universidad Nacional Autónoma de México (en prensa).
- Míguez, M., y Becoña, E. (1997). El Proceso de Recaída y sus Causas en Exfumadores. *Adicciones*. 3, 405-435.
- Montero, Ignacio y León, Orfelio. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 5, No. 1, pp.115-127.

- Nerín de la Puerta, I., y Córdoba, G. R. (2004). Tratamiento Farmacológico. Terapia Sustitutiva con Nicotina. *Adicciones*. 2, 265-285.
- Ockene, K. J., Emmons, M. K., Mermelstein, J. R., Perkins, A. K., Bonillo, S. D., Voorhees, C. C. y Hollis, F. J. (2000). Relapse and Maintenance Issues for Smoking Cessation. *Health Psychology*. 1. Suppl., 17-31.
- O'conell, K. A., y Martin, E. J. (1987). Highly Tempting Situations Associated with Abstinence, Temporary Lapse and Relapse among Participants in Smoking Cessation Programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 367-371.
- Orford, J. (1985). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addiction*. Chichester.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Las Consecuencias del Tabaco para la Salud. La Epidemia del Tabaquismo, los Gobiernos y los Aspectos Económicos del Control del Tabaco*. Publicación Científica 577. Washington, EUA.
- Pérez, T. A., y Clemente, J. M. L., (2001). Estado Actual y Futuras Terapias Farmacológicas en la Deshabitación Tabáquica. *Arch Bronconeumol*. 4.
- Pinet, O. C. (2003). Tratamiento del Tabaquismo. En Bobes, G., Casas, M., Gutiérrez, F. (Eds.) Manual de Evaluación y Tratamientos de Drogodependencias. (pp. 394-411). Ars Medica.
- Quesada, M., Carreras, J. M., y Sánchez, L. (2002). Recaída en el Abandono del Consumo de Tabaco: Una Revisión. *Adicciones*, 1, 65-78.
- Rubio, M. H. y Rubio, M. A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19, 297-300.
- Saíz, M. A., García, G. P., Martínez, S. S., Bascarán, F. T., Paredes, O. V., y Bobes, G. J. (2004). Tratamiento Farmacológico. Psicofármacos. *Adicciones*. 16 (Suppl.2), 275-284.
- Samet, M. J. (2002). Los Riesgos del Tabaquismo Activo y Pasivo. *Salud Pública de México*, 44 (Suppl.1), 144-160.
- Sánchez, A. L. (2004). El Fumador Pasivo. *Adicciones*. 2. 83-99.
- Sánchez, M. J., Fulgencio, M. M., Olivares, R. J., y Rosa, A. A. (1999). Variables Influyentes en el Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Un Estudio de las Tasas de Abstinencia en España. *Psicología Conductual*. 2, 301-321.
- Sansores, H. S., Ramírez, V. A., Espinosa, M. M., y Sandoval, A. R. (2002). Tratamientos para Dejar de Fumar Disponibles en México. *Salud Pública de México*. 44 (Suppl.1)

- Saunders, B. (1993). Conductas Adictivas y Recaída. Una Visión de Conjunto. En Casas, B., y Gossop, M. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de Recaídas. Monografías de Toxicomanías. (pp. 45-81). Ediciones en Neurociencias Sitges.
- Saunders, B., y Allsop, S. (1990). Incentives and Restraints: Clinical Research into Problem Drug use and Self Control in Heather N. *Self-Control and the Addictive Behaviours*.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual Issues in the Study of Relapse. M. Gossop. Relapse and addictive behaviour. 149-179
- Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel., J. D. y Richards, D. S. (1996). Progression from a Smoking Lapse to Relapse: Prediction from Abstinence Violation Effects, Nicotine Dependence, and Lapse Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 5, 993-1002.
- Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel., J. D. y Richards, T. (1997). Individual Differences in the Context of Smoking Lapse Episodes. *Addictive Behaviors*. 6, 797-811.
- Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel., J. D. y Jarvik, M. (1987). Situational Determinants of Coping in Smoking Relapse Crises. *Journal of Applied Social Psychology*. 1, 3-15.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M. E. (1985). Preventing Relapse in Ex-smokers: A Self Management Approach. Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 472-520.
- Secades, V. R., Díez. A. B., y Fernández, H. J. (1999). Eficacia de un Programa Multicomponente para Dejar de Fumar con o sin Chicle de Nicotina. *Psicología Conductual*. 1, 107-118.
- Secades, V. R., y Fernández, H. R. (2003). Bases Psicosociales del Consumo de Sustancias. Bobes, G., Casas, M., y Gutiérrez, F. Manual de Evaluación y Tratamientos de Drogodependencias. 18-45.
- Tapia C, R., Kuri, M, y Hoy, G. M. (2001). Panorama Epidemiológico del Tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 5, 478-484.
- Tovar-Guzmán, J., Barquera, S., y López-Antuñano, J. (2002). Tendencias de Mortalidad por Cánceres Atribuibles al Tabaco en México. *Salud Pública de México*, 44 (Suppl.1), 20-27.

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S.

U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S.

Vázquez, L. F, y Becoña, E. (1998). Variables Predictivas del Consumo de Cigarrillos y de la Abstinencia en un Programa para Dejar de Fumar. *Psicología Conductual*. 3, 501-518.

Westmaas, L. J., Wild, C. T., y Ferrence, R. (2002). Effects of Gender in Social Control of Smoking Cessation. *Health Psychology*. 4, 368-376.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario para Grupos Focales

1. ¿Cuáles son las circunstancias que llevan a las personas a fumar?
2. ¿Cuáles son las situaciones que propician un mayor consumo de cigarros?
3. Describe tres situaciones donde se presione socialmente para fumar
4. Describe tres situaciones donde se fume por celebración o momentos agradables
5. Describe tres situaciones donde se fume en momentos desagradables
6. Describe tres situaciones donde se fume por malestar físico
7. Describe tres situaciones donde se fume por placer
8. Describe tres situaciones donde se fume por imagen social
9. Describe tres situaciones donde es más fácil caer en la tentación de fumar
10. ¿Quién fuma más, los hombres o las mujeres?

Anexo 2

Tabla de frecuencias de las situaciones de consumo mencionadas en los grupos focales

Situación	Frecuencia
1. Por imitar a personas cercanas	6
2. Por presión social	11
3. Por influencia de los medios de comunicación	2
4. Por estereotipos	2
5. Por costumbre	4
6. Cuando se esta nervioso,	9
7. Cuando estoy angustiado,	4
8. Cuando estoy enojado	5
9. Cuando se está feliz	1
10. Por hambre	2
11. Cuando se siente frío	2
12. Ante un malestar físico	1
13. Cuando se está con amigos en reuniones	19
14. Después de comer	8
15. Cuando tengo depresión	2
16. Cuando siento coraje	1
17. Cuando me siento desesperado(a)	1
18. Mientras se está viendo la TV	3
19. Cuando leo	1
20. Cuando estudio	2
21. Para ir al baño	5
22. Para que me reconozcan socialmente	1
23. En el trabajo	3
24. Cuando conduzco	3
25. Cuando estoy relajado	10
26. Cuando suena el despertador	1
27. Para dormir	1
28. Cuando me despierto en la madrugada	1
29. Cuando no tengo nada que hacer	7
30. Cuando realizo algún pago	1
31. Durante un congestionamiento vehicular	1
32. Al trasladarte de un lugar a otro caminando	1
33. Después de tener relaciones sexuales	4
34. Cuando se esta bajo presión	8
35. Cuando tomo café	8
36. Cuando tomo alcohol	7
37. Cuando estoy solo	5
38. Cuando se planifica	1
39. Cuando quieres formar parte de un grupo	12
40. Para dar una apariencia de madurez	1
41. Para dar una apariencia de autoridad	1
42. Cuando me ofrecen un cigarro	5
43. En fiestas o antros	15
44. Cuando convives con la familia	2
45. Cuando recibes noticias agradables	1
46. Cuando estoy triste	5
47. Para no dormirme	5
48. Cuando estoy cansado(a)	2
49. Cuando me duele la garganta	1
50. Para quitarme el dolor de cabeza	1
51. Por antojo	10
52. Para disfrutar del tabaco	3
53. Para dar una apariencia de seguridad	1
54. Cuando quieres aparentar tener mayor edad	3
55. Para sentirte importante	1
56. Para llamar la atención	1
57. Cuando platico	11
58. Cuando quiero parecer sexy	1
59. Para sentirme atractiva	3
60. Cuando me siento ansioso(a)	3
61. Cuando espero a alguien	1
62. Cuando estoy estresado(a)	7
63. Cuando siento temor	2
64. cuando algo no me sale bien	2
65. Cuando tengo broncas	3

66. Cuando me siento frustrado(a)	2
67. Cuando tengo la necesidad de fumar	1
68. Para celebrar	1
69. Cuando recibo malas noticias	1
70. En velatorios, cuando alguien muere	1
71. Cuando estoy en hospitales	1
72. Cuando estoy a la espera de alguna noticia	3
73. Cuando necesito desahogarme	1
74. Cuando discuto	1
75. Cuando tengo acidez estomacal	1
76. Cuando tengo un malestar y quiero sentirme mejor	1
77. Para ligar	1
78. Por pose	1
79. Para verme interesante	1
80. Para bajar de peso	3
81. Cuando hablo por teléfono	1
82. Cuando estoy en la escuela	1
83. En momentos de euforia	1
84. Cuando estoy contento	2
85. Cuando me la estoy pasando bien	1
86. Cuando hay gente alrededor que fuma	2
87. Cuando en mi familia fuman	3
88. Por diversión	2
89. Cuando me lo prohíben	3
90. Cuando voy a entregar un trabajo	1
91. Cuando estoy preparando un examen	1
92. Cuando se te presenta una situación fuera de lo común	1
93. Cuando estas en situaciones placenteras	1
94. Cuando una figura importante para ti lo hace y tu lo haces	1
95. Para formar parte de un rito	1
96. En casa al preparar algo	1
97. Cuando termino de hacer algo	1
98. Cuando estas en incertidumbre y no sabes lo que va a pasar	1

Anexo 3

Cuestionario de Evaluación Interjueces 1

Estimado terapeuta:

En este cuestionario se le solicita identificar y clasificar las situaciones incluidas en cada uno de los reactivos, según el tipo de categoría situacional a la que usted considere que pertenecen.

A continuación, se le presentan las definiciones y los códigos de clasificación de las diez categorías situacionales que le permitirán identificar y clasificar cada uno de los reactivos del cuestionario:

(EA) Emociones Agradables: esta categoría está conformada por situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica estados emocionales positivos, son situaciones en las que el sujeto se siente bien.

(ED) Emociones Desagradables: esta categoría, se refiere a situaciones en las que el consumo de tabaco implica estados emocionales negativos, sentimientos como enojo, tristeza, estrés, depresión, culpa, etc.

(MA) Momentos Agradables: son situaciones en las cuales, el consumo de tabaco implica estados emocionales positivos que ocurren en conjunto de un evento especial (vacaciones, cumpleaños) y/o en compañía de otras personas.

(MD) Momentos Desagradables: son situaciones en las cuales, el consumo de tabaco implica estados emocionales negativos que ocurren en conjunto con un evento estresante para el sujeto.

(MF) Malestar Físico: son situaciones en las que el consumo de tabaco implica algún dolor físico, fatiga, tensión muscular, etc.

(NF) Necesidad Física: son situaciones en las que el consumo de tabaco implica experimentar el deseo, la tentación o la urgencia de consumir tabaco como una respuesta a una situación o situaciones en las cuales el sujeto consume para aminorar los síntomas del síndrome de abstinencia.

(CO) Conflicto con Otros: situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica situaciones interpersonales que involucran frustración y enojo.

(PS) Presión Social: situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica alguna forma de presión social directa (persuasión verbal o proporcionar un acceso directo a la droga) o indirecta en la cual la mera presencia de otra gente que comprometida con la conducta es un tipo de presión mediata.

(IS) Imagen Social: son situaciones en las cuales el sujeto consume el tabaco para atribuirse características socialmente aceptadas.

(BB) Búsqueda de Bienestar: las situaciones se relacionan con la búsqueda de efectos positivos a través del consumo del tabaco, más que el remediar un daño o malestar.

En cada uno de los siguientes reactivos ponga una "X" en la columna correspondiente, según la categoría situacional a la que corresponde cada reactivo:

REACTIVOS	EA	ED	MA	MD	MF	NF	CO	PS	IS	BB
1. Cuando me siento relajado(a)										
2. Cuando me siento ansioso(a)										
3. Cuando estoy en reuniones, fiestas, bares, antros										
4. Cuando algo no me sale bien										
5. Cuando me duele el estómago										
6. Cuando en algún lugar está prohibido fumar										
7. Cuando discuto con alguien										
8. Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado(a) a fumar										
9. Cuando quiero parecerme a alguien										
10. Cuando no tengo nada que hacer										
11. Cuando me siento eufórico(a)										
12. Cuando me siento triste										
13. Cuando estoy con mis familiares celebrando										
14. Cuando trabajo bajo presión										
15. Cuando necesito que la comida me haga buena digestión										
16. Antes de dormir										
17. Cuando tengo problemas en mi trabajo										
18. Cuando me ofrecen un cigarro										
19. Para parecer sexy o atractivo(a)										
20. Cuando manejo										
21. Cuando me siento feliz										
22. Cuando estoy alterado(a)										
23. Cuando quiero acercarme a alguien que me interesa										
24. Cuando recibo malas noticias										
25. Cuando tengo frío										
26. Cuando me siento a disgusto en la presencia de alguien										
27. Cuando quiero pertenecer a un grupo										
28. Cuando quiero dar una apariencia de autoridad										
29. Cuando camino										
30. Cuando me siento satisfecho(a)										
31. Cuando me siento nervioso(a)										
32. Cuando salgo con mis amigos a divertirme										
33. Cuando tengo que enfrentarme a una situación estresante										
34. Cuando me duele la cabeza										
35. Cuando me despierto por las mañanas										

36. Cuando no soy capaz de expresar mis sentimientos										
37. Cuando me insisten para fumar										
38. Cuando veo la tele										
39. Cuando algo bueno sucede y quiero celebrarlo										
40. Cuando me siento angustiado(a)										
41. Cuando me siento enojado(a)										
42. Cuando estoy platicando y quiero tener mayor intimidad										
43. Cuando estoy en el baño										
44. Cuando veo un anuncio de cigarros										
45. Cuando la gente es injusta conmigo										
46. Cuando me preocupa lo que vayan a pensar los demás de que no fumo										
47. Cuando quiero dar una apariencia de madurez										
48. Cuando estoy esperando a alguien										
49. Cuando recuerdo algo que me puso contento(a)										
50. Cuando me siento estresado(a)										
51. Cuando me siento deprimido(a)										
52. Cuando consumo alcohol										
53. Cuando quiero quitarme el sueño										
54. Cuando tengo urgencia de fumar										
55. Cuando me siento rechazado(a)										
56. Cuando quiero parecer seguro(a)										
57. Cuando me siento desesperado(a)										
58. Cuando me siento frustrado(a)										
59. Cuando termino de comer										
60. Cuando me duele la garganta										
61. Cuando veo a alguien fumar										
62. Cuando me siento inseguro(a) de poder lograr algo										
63. Cuando quiero aparentar que tengo mayor edad										
64. Cuando estoy hablando por teléfono										
65. Cuando necesito desahogarme										
66. Cuando siento que a nadie le importo										
67. Cuando tomo café o té										
68. Cuando otras personas interfieren con mis planes										
69. Cuando quiero llamar la atención										
70. Cuando estoy leyendo										
71. Cuando estoy aburrido(a)										

72. Cuando me siento confundido(a)										
73. Después de tener relaciones sexuales										
74. Cuando estoy desvelado(a)										
75. Cuando estoy en una situación en la que siempre fumo										
76. Cuando me siento muy presionado(a) por mi familia										
77. Para parecer o sentirme importante										
78. Cuando necesito pensar más claramente										
79. Cuando me siento presionado(a)										
80. Cuando siento que a nadie le importo										
81. Cuando recuerdo lo bien que sabe el tabaco										
82. Cuando siento tensión muscular										
83. Para no dormirme										
84. Cuando había problemas en mi casa										
85. Cuando no quiero subir de peso										
86. Cuando me quiero sentir mejor										
87. Cuando me siento inseguro(a)										
88. Cuando siento miedo										
89. Cuando me siento mal de salud										
90. Cuando siento que alguien trata de controlarme y quiero sentirme más independiente										
91. Cuando me siento vacío(a) interiormente										
92. Cuando quiero estar más alerta										
93. Cuando me siento culpable										
94. Cuando me siento mareado(a) o con nauseas										
95. Cuando tengo flojera										
96. Cuando recuerdo la sensación de tener el cigarro en la boca										
97. Cuando me siento cansado(a)										
98. Cuando no puedo dormir										

Anexo 4 Cuestionario de Evaluación Interjueces 2

Estimado terapeuta:

Este cuestionario está compuesto de 90 reactivos. Cada reactivo se refiere a una situación relacionada con el consumo de tabaco. Identifique y clasifique cada reactivo en la categoría situacional, (ya sea personal o que involucre a terceras personas) a la que usted considere corresponde.

A continuación, se le presentan las definiciones de las nueve categorías situacionales que le permitirán identificar y clasificar cada uno de los reactivos del cuestionario:

Categorías relacionadas con SITUACIONES PERSONALES:

Emociones Agradables: esta categoría está conformada por situaciones en las cuales el consumo de tabaco acompaña o incrementa estados emocionales positivos, como el sentirse bien.

Malestar Físico: son situaciones en las que el consumo de tabaco tiene como objetivo aminorar dolores físicos, sin que éstos estén relacionados con el alivio de los síntomas de abstinencia, que son resultado de dejar de fumar.

Emociones Desagradables: esta categoría se refiere a situaciones en las que el fumar disminuye o aminora estados emocionales negativos, como frustración, enojo, tristeza, aburrimiento, etc.

Necesidad Física: son situaciones en las que el consumo de tabaco tiene como causa directa la presencia de síntomas de abstinencia (estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, presión baja, deseo intenso por fumar en lugares donde está prohibido, así como deseo intenso por fumar en las mañanas al despertarme) por haber dejado de fumar y cuyo objetivo principal es aliviar el malestar.

Por Costumbre: son situaciones en las que más que remediar un malestar, el sujeto fuma por hábito, sin embargo, estas situaciones no están relacionadas necesariamente con otras personas o con algún evento especial.

Categorías que involucran a TERCERAS PERSONAS:

Momentos Agradables: son situaciones en las cuales, el consumo de tabaco está relacionado con la convivencia con otros en un evento especial (fiestas, vacaciones, cumpleaños), pero además, acompañados de estados emocionales positivos.

Imagen Social: son situaciones en las cuales el sujeto consume el tabaco para atribuirse características socialmente aceptadas.

Conflicto con Otros: situaciones en las cuales el consumo de tabaco implica tener roces interpersonales que involucran estados emocionales negativos como frustración y enojo.

Presión Social: situaciones en las cuales se fuma por alguna forma de presión social, ya sea directa (invitación y/o insistencia verbal o acceso directo) o indirecta (presencia de otras personas fumando o cualquier otro estímulo relacionado con los cigarrillos).

En cada uno de los siguientes reactivos ponga una "X" en la columna correspondiente, según la categoría situacional a la que corresponde cada reactivo:

REACTIVOS	Emociones Agradables	Malestar Físico	Emociones Desagradables	Necesidad Física	Por Costumbre	Momentos Agradables	Imagen Social	Conflicto con Otros	Presión Social
Cuando me siento relajado(a)									
Cuando me siento ansioso(a)									
Cuando estoy en reuniones, fiestas, bares, antros									
Cuando algo no me sale bien									
Cuando me duele el estómago									
Cuando tengo un deseo intenso por fumar y estoy en un lugar prohibido									
Cuando discuto con alguien									
Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado(a) a fumar									
Cuando quiero parecerme a alguien									
Cuando no tengo nada que hacer									
Cuando me siento eufórico(a)									
Cuando me siento triste									
Cuando estoy con mis familiares celebrando									
Cuando trabajo bajo presión									
Cuando siento pesadez después de comer y necesito que la comida me haga buena digestión									
Antes de dormir									
Cuando tengo problemas en mi trabajo									
Cuando me ofrecen un cigarro									
Para parecer sexy o atractivo(a)									
Cuando manejo									
Cuando me siento feliz									
Cuando estoy alterado(a)									
Cuando recibo malas noticias									
Cuando tengo frío									
Cuando me siento a disgusto en la presencia de alguien									
Cuando quiero pertenecer a un grupo									
Cuando quiero dar una apariencia de autoridad									
Cuando camino									
Cuando me siento satisfecho(a) con mi vida o con lo que hago									
Cuando me siento nervioso(a)									
Cuando salgo con mis amigos a divertirme									
Cuando tengo que enfrentarme a una situación estresante									

Cuando me duele la cabeza									
Cuando me despierto por las mañanas									
Cuando me insisten para fumar									
Cuando veo la tele									
Cuando algo bueno sucede y quiero celebrarlo									
Cuando me siento angustiado(a)									
Cuando me siento enojado(a)									
Cuando he dejado de fumar por algún tiempo y tengo insomnio									
Cuando me la estoy pasando bien con alguien									
Cuando estoy en el baño									
Cuando veo un anuncio de cigarros									
Cuando la gente es injusta conmigo									
Cuando me preocupa lo que vayan a pensar si no acepto un cigarro									
Cuando quiero dar una apariencia de madurez									
Cuando estoy esperando a alguien									
Cuando recuerdo algo que me puso contento(a)									
Cuando me siento estresado(a)									
Cuando me siento deprimido(a)									
Cuando consumo alcohol									
Cuando quiero quitarme el sueño									
Cuando tengo un fuerte deseo por fumar									
Cuando me siento rechazado(a)									
Cuando quiero parecer seguro(a)									
Cuando me siento desesperado(a)									
Cuando me siento frustrado(a)									
Cuando termino de comer									
Cuando me duele la garganta									
Cuando veo a alguien fumar									
Cuando quiero aparentar que tengo mayor edad									
Cuando estoy hablando por teléfono									
Cuando necesito desahogarme									
Cuando siento que a nadie le importo									
Cuando tomo café o té									
Cuando quiero llamar la atención									
Cuando estoy irritado(a) o enojado(a) porque no he fumado									
Cuando estoy leyendo									
Cuando estoy aburrido(a) o con flojera									
Cuando me siento confundido(a)									
Después de tener relaciones sexuales									

Cuando estoy desvelado(a)									
Cuando no fumo y me baja la presión									
Para parecer o sentirme importante									
Cuando no fumo									
Cuando me siento presionado(a)									
Cuando siento que a nadie le importo									
Cuando siento tensión muscular									
Cuando estoy trabajando en la computadora									
Cuando hay problemas en mi casa									
Cuando dejo de fumar y me siento triste o deprimido(a)									
Cuando no quiero subir de peso									
Cuando me siento inseguro(a)									
Cuando siento miedo									
Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme más independiente									
Cuando me siento vacío(a) interiormente									
Cuando me siento culpable									
Cuando me siento mareado(a) o con náuseas									
Cuando me siento cansado(a) y quiero estar más alerta									
Cuando no fumo y eso me hace sentir ansioso(a)									

Anexo 5

Resultados Análisis Razón de Validez de Contenido Jueceo 2

Categoría	Reactivo	No. Jueces acuerdo	Resultado Razón de validez de contenido
EA	Cuando me siento relajado	15	.363
ED	Cuando me siento ansioso	16	.454
MA	Cuando estoy en reuniones, fiestas, bares, antros	14	.272
ED	Cuando algo no me sale bien	16	.454
MF	Cuando me duele el estómago	20	.818
NF	Cuando tengo un deseo intenso por fumar y estoy en un lugar prohibido	13	.636
CO	Cuando discuto con alguien	12	.090
PS	Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado a fumar	19	.727
IS	Cuando quiero parecerme a alguien	19	.727
C	Cuando no tengo nada que hacer	17	.545
EA	Cuando me siento eufórico	19	.727
ED	Cuando me siento triste	18	.636
MA	Cuando estoy con mis familiares celebrando	17	.545
ED	Cuando trabajo bajo presión	14	.272
MF	Cuando siento pesadez después de comer y necesito que la comida me haga buena digestión	12	.090
C	Antes de dormir	17	.545
CO	Cuando tengo problemas en mi trabajo	14	.272
PS	Cuando me ofrecen un cigarro	17	.545
IS	Para parecer sexy o atractivo	20	.818
C	Cuando manejo	18	.636
EA	Cuando me siento feliz	21	909
ED	Cuando estoy alterado	20	.818
ED	Cuando recibo malas noticias	18	.636
MF	Cuando tengo frío	13	.181
CO	Cuando me siento a disgusto con la presencia de alguien	16	.454
IS	Cuando quiero pertenecer a un grupo	14	.272
IS	Cuando quiero dar una apariencia de autoridad	19	.727
C	Cuando camino	18	.636
EA	Cuando me siento satisfecho con mi vida o con lo que hago	20	.818
ED	Cuando me siento nervioso	18	.636
MA	Cuando salgo con mis amigos a divertirme	14	.272
ED	Cuando tengo que enfrentarme a una situación estresante	15	.363
MF	Cuando me duele la cabeza	19	.727
C	Cuando me despierto por las mañanas	13	.181
PS	Cuando me insisten para fumar	20	.818
C	Cuando veo la tele	19	.727
EA	Cuando algo bueno sucede y quiero celebrarlo	14	.272
ED	Cuando me siento angustiado	22	1
ED	Cuando me siento enojado	22	1
NF	Cuando he dejado de fumar por algún tiempo y tengo insomnio	11	0
MA	Cuando me la estoy pasando bien con alguien	17	.545
C	Cuando estoy en el baño	19	.727
PS	Cuando veo un anuncio de cigarrillos	11	0
CO	Cuando la gente es injusta conmigo	17	.545
PS	Cuando me preocupa lo que vayan a pensar si no acepto un cigarro	11	0
IS	Cuando quiero dar una apariencia de madurez	20	.818
C	Cuando estoy esperando a alguien	18	.636
EA	Cuando recuerdo algo que me puso contento	22	1
ED	Cuando me siento estresado	19	.727
ED	Cuando me siento deprimido	20	.818
C	Cuando consumo alcohol	16	.454
MF	Cuando quiero quitarme el sueño	8	-.272
NF	Cuando tengo un fuerte deseo por fumar	14	.272
ED	Cuando me siento rechazado	11	0
IS	Cuando quiero parecer seguro	18	.636
ED	Cuando me siento desesperado	22	1
ED	Cuando me siento frustrado	22	1
C	Cuando termino de comer	18	.636
MF	Cuando me duele la garganta	19	.727
PS	Cuando veo a alguien fumar	13	.181

IS	Cuando quiero aparentar que tengo mayor edad	19	.727
C	Cuando estoy hablando por teléfono	15	.363
ED	Cuando necesito desahogarme	17	.545
ED	Cuando siento que a nadie le importo	19	.727
C	Cuando tomo café o te	20	.818
IS	Cuando quiero llamar la atención	20	.818
NF	Cuando estoy irritado o enojado porque no he fumado	12	.090
C	Cuando estoy leyendo	18	.636
C	Cuando estoy aburrido o con flojera	10	-.090
ED	Cuando me siento confundido	20	.818
C	Después de tener relaciones sexuales	16	.454
MF	Cuando estoy desvelado	15	.363
NF	Cuando no fumo y me baja la presión	10	-.090
IS	Para parecer o sentirme importante	18	.636
NF y C	Cuando no fumo		
ED	Cuando me siento presionado	18	.636
MF	Cuando siento tensión muscular	20	.818
C	Cuando estoy trabajando en la computadora	19	.727
CO	Cuando hay problemas en mi casa	15	.363
ED	Cuando dejo de fumar y me siento triste o deprimido	13	.181
IS, C y MF	Cuando no quiero subir de peso		
ED	Cuando me siento inseguro	19	.727
ED	Cuando siento miedo	21	.909
CO	Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme más independiente	9	-.181
ED	Cuando me siento vacío interiormente	19	.727
ED	Cuando me siento culpable	18	.636
MF	Cuando me siento mareado o con nauseas	15	.363
MF	Cuando me siento cansado y quiero estar más alerta	9	-.181
NF	Cuando no fumo y eso me hace sentir ansioso	11	0

Anexo 6

Resultados Análisis Validez más de la mitad de acuerdo entre jueces Juceco 2

No.	Reactivo	Categoría	%
1.	Cuando me siento relajado	EA	68.2
2.	Cuando me siento ansioso	ED	72.7
3.	Cuando estoy en reuniones, fiestas, bares, antros	MA	63.6
4.	Cuando algo no me sale bien	ED	72.7
5.	Cuando me duele el estómago	MF	90.9
6.	Cuando tengo un deseo intenso por fumar y estoy en un lugar prohibido	NF	59.1
7.	Cuando discuto con alguien	CO	54.5
8.	Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado a fumar	PS	86.4
9.	Cuando quiero parecerme a alguien	IS	86.4
10.	Cuando no tengo nada que hacer	C	77.3
11.	Cuando me siento eufórico	EA	86.4
12.	Cuando me siento triste	ED	81.8
13.	Cuando estoy con mis familiares celebrando	MA	77.3
14.	Cuando trabajo bajo presión	ED	63.6
15.	Cuando siento pesadez después de comer y necesito que la comida me haga buena digestión	MF	54.5
16.	Antes de dormir	C	77.3
17.	Cuando tengo problemas en mi trabajo	CO	63.6
18.	Cuando me ofrecen un cigarro	PS	77.3
19.	Para parecer sexy o atractivo	IS	90.9
20.	Cuando manejo	C	81.8
21.	Cuando me siento feliz	EA	95.5
22.	Cuando estoy alterado	ED	90.9
23.	Cuando recibo malas noticias	ED	81.8
24.	Cuando tengo frío	MF	59.1
25.	Cuando me siento a disgusto con la presencia de alguien	CO	72.7
26.	Cuando quiero pertenecer a un grupo	IS	63.6
27.	Cuando quiero dar una apariencia de autoridad	IS	84.6
28.	Cuando camino	C	81.8
29.	Cuando me siento satisfecho con mi vida o con lo que hago	EA	90.9
30.	Cuando me siento nervioso	ED	81.8
31.	Cuando salgo con mis amigos a divertirme	MA	63.6
32.	Cuando tengo que enfrentarme a una situación estresante	ED	68.2

33.	Cuando me duele la cabeza	MF	86.4
34.	Cuando me despierto por las mañanas	C	59.1
35.	Cuando me insisten para fumar	PS	90.9
36.	Cuando veo la tele	C	86.4
37.	Cuando algo bueno sucede y quiero celebrarlo	EA	63.6
38.	Cuando me siento angustiado	ED	100
39.	Cuando me siento enojado	ED	100
40.	Cuando me la estoy pasando bien con alguien	MA	77.3
41.	Cuando estoy en el baño	C	86.4
42.	Cuando la gente es injusta conmigo	CO	77.3
43.	Cuando quiero dar una apariencia de madurez	IS	90.9
44.	Cuando estoy esperando a alguien	C	81.8
45.	Cuando recuerdo algo que me puso contento	EA	100
46.	Cuando me siento estresado	ED	86.4
47.	Cuando me siento deprimido	ED	90.9
48.	Cuando consumo alcohol	C	72.7
49.	Cuando tengo un fuerte deseo por fumar	NF	63.6
50.	Cuando quiero parecer seguro	IS	81.8
51.	Cuando me siento desesperado	ED	100
52.	Cuando me siento frustrado	ED	100
53.	Cuando termino de comer	C	81.8
54.	Cuando me duele la garganta	MF	86.4
55.	Cuando veo a alguien fumar	PS	59.1
56.	Cuando quiero aparentar que tengo mayor edad	IS	86.4
57.	Cuando estoy hablando por teléfono	C	68.2
58.	Cuando necesito desahogarme	ED	77.3
59.	Cuando siento que a nadie le importo	ED	86.4
60.	Cuando tomo café o te	C	90.9
61.	Cuando quiero llamar la atención	IS	90.9
62.	Cuando estoy irritado o enojado porque no he fumado	NF	54.5
63.	Cuando estoy leyendo	C	81.8
64.	Cuando me siento confundido	ED	90.9
65.	Después de tener relaciones sexuales	C	72.7
66.	Cuando estoy desvelado	MF	68.2
67.	Para parecer o sentirme importante	IS	81.8
68.	Cuando me siento presionado	ED	81.8

69.	Cuando siento tensión muscular	MF	90.9
70.	Cuando estoy trabajando en la computadora	C	86.4
71.	Cuando hay problemas en mi casa	CO	68.2
72.	Cuando dejo de fumar y me siento triste o deprimido	ED	59.1
73.	Cuando me siento inseguro	ED	86.4
74.	Cuando siento miedo	ED	95.5
75.	Cuando me siento vacío interiormente	ED	86.4
76.	Cuando me siento culpable	ED	81.8
77.	Cuando me siento mareado o con náuseas	MF	68.2

Anexo 7
Resultados análisis validez de reactivos y situaciones más del 85% Jueceo 2

No.	Reactivo	Categoría	Mínimo 85%
1.	Cuando me duele el estómago	MF	90.9
2.	Cuando quiero parecerme a alguien	IS	86.4
3.	Cuando me siento eufórico	EA	86.4
4.	Para parecer sexy o atractivo	IS	90.9
5.	Cuando me siento feliz	EA	95.5
6.	Cuando estoy alterado	ED	90.9
7.	Cuando quiero dar una apariencia de autoridad	IS	84.6
8.	Cuando me siento satisfecho con mi vida o con lo que hago	EA	90.9
9.	Cuando me duele la cabeza	MF	86.4
10.	Cuando veo la tele	C	86.4
11.	Cuando me siento angustiado	ED	100
12.	Cuando me siento enojado	ED	100
13.	Cuando estoy en el baño	C	86.4
14.	Cuando quiero dar una apariencia de madurez	IS	90.9
15.	Cuando recuerdo algo que me puso contento	EA	100
16.	Cuando me siento estresado	ED	86.4
17.	Cuando me siento deprimido	ED	90.9
18.	Cuando me siento desesperado	ED	100
19.	Cuando me siento frustrado	ED	100
20.	Cuando me duele la garganta	MF	86.4
21.	Cuando quiero aparentar que tengo mayor edad	IS	86.4
22.	Cuando siento que a nadie le importo	ED	86.4
23.	Cuando tomo café o te	C	90.9
24.	Cuando quiero llamar la atención	IS	90.9
25.	Cuando me siento confundido	ED	90.9
26.	Cuando siento tensión muscular	MF	90.9
27.	Cuando estoy trabajando en la computadora	C	86.4
28.	Cuando me siento inseguro	ED	86.4
29.	Cuando siento miedo	ED	95.5
30.	Cuando me siento vacío interiormente	ED	86.4

Anexo 8
Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco
 Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Psicología

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen cigarros. Lea cuidadosamente cada uno de los reactivos y responda en términos de su propio consumo del último mes, de acuerdo a la escala que se le presenta.

Marque:

Si usted **NUNCA** (0%) fuma en esa situación, marque 0

Si usted **RARA VEZ** (menos del 50%) fuma en esa situación, marque 1

Si usted **FRECUENTEMENTE** (entre el 50% y el 100%) fuma en esa situación, marque 2

Si usted **SIEMPRE** (100%) fuma en esa situación, marque 3

REACTIVO	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1. Cuando estoy deprimido(a)	0	1	2	3
2. Cuando siento miedo	0	1	2	3
3. Cuando estoy en el baño	0	1	2	3
4. Cuando estoy angustiado(a)	0	1	2	3
5. Cuando tomo café o té	0	1	2	3
6. Cuando me duele la cabeza	0	1	2	3
7. Cuando me siento feliz	0	1	2	3
8. Cuando estoy desesperado(a)	0	1	2	3
9. Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado(a) a fumar	0	1	2	3
10. Cuando siento tensión muscular	0	1	2	3
11. Cuando recuerdo algo que me puso contento(a)	0	1	2	3
12. Cuando estoy enojado(a)	0	1	2	3
13. Cuando veo la tele	0	1	2	3
14. Cuando me duele la garganta	0	1	2	3
15. Cuando me siento satisfecho(a) con mi vida o con lo que hago	0	1	2	3
16. Cuando me duele el estómago	0	1	2	3
17. Cuando estoy frustrado(a)	0	1	2	3
18. Cuando me siento inseguro(a)	0	1	2	3
19. Cuando estoy trabajando en la computadora	0	1	2	3
20. Cuando me siento vacío (a)interiormente	0	1	2	3
21. Cuando me siento alterado(a)	0	1	2	3
22. Cuando me siento eufórico(a)	0	1	2	3
23. Cuando quiero llamar la atención	0	1	2	3
24. Cuando me siento confundido(a)	0	1	2	3
25. Cuando siento que a nadie le importo	0	1	2	3
26. Cuando estoy estresado(a)	0	1	2	3
27. Cuando me insisten para que fume	0	1	2	3

28. Después de tener relaciones sexuales	0	1	2	3
29. Cuando me ofrecen un cigarro	0	1	2	3
30. Cuando estoy leyendo	0	1	2	3
31. Cuando me siento culpable	0	1	2	3
32. Cuando termino de comer	0	1	2	3
33. Cuando no tengo nada que hacer	0	1	2	3
34. Cuando me siento ansioso(a)	0	1	2	3
35. Cuando quiero parecer seguro(a)	0	1	2	3
36. Antes de dormir	0	1	2	3
37. Cuando manejo	0	1	2	3
38. Cuando me siento nervioso(a)	0	1	2	3
39. Cuando algo no me sale bien	0	1	2	3
40. Cuando consumo alcohol	0	1	2	3
41. Cuando necesito desahogarme	0	1	2	3
42. Cuando camino	0	1	2	3
43. Cuando me siento triste	0	1	2	3
44. Cuando estoy esperando a alguien	0	1	2	3
45. Cuando recibo malas noticias	0	1	2	3
46. Cuando me siento presionado(a)	0	1	2	3

Anexo 9
Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco
 Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Psicología

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen cigarros. Lea cuidadosamente cada uno de los reactivos y responda en términos de su propio consumo del último mes, de acuerdo a la escala que se le presenta.

Marque:

Si usted **NUNCA** (0%) fuma en esa situación, marque 0

Si usted **RARA VEZ** (menos del 50%) fuma en esa situación, marque 1

Si usted **FRECUENTEMENTE** (entre el 50% y el 100%) fuma en esa situación, marque 2

Si usted **SIEMPRE** (100%) fuma en esa situación, marque 3

REACTIVO	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1. Cuando estoy deprimido(a)	0	1	2	3
2. Cuando me siento feliz	0	1	2	3
3. Cuando siento miedo	0	1	2	3
4. Cuando estoy en el baño	0	1	2	3
5. Cuando estoy angustiado(a)	0	1	2	3
6. Cuando tomo café o té	0	1	2	3
7. Cuando me siento satisfecho(a) con mi vida y con lo que hago	0	1	2	3
8. Cuando estoy desesperado(a)	0	1	2	3
9. Cuando estoy enojado(a)	0	1	2	3
10. Cuando estoy frustrado(a)	0	1	2	3
11. Cuando me siento inseguro(a)	0	1	2	3
12. Cuando estoy trabajando en la computadora	0	1	2	3
13. Cuando me siento eufórico(a)	0	1	2	3
14. Cuando me siento vacío (a)interiormente	0	1	2	3
15. Cuando me siento alterado(a)	0	1	2	3
16. Cuando me siento confundido(a)	0	1	2	3
17. Cuando estoy estresado(a)	0	1	2	3
18. Después de tener relaciones sexuales	0	1	2	3
19. Cuando estoy leyendo	0	1	2	3
20. Cuando me siento culpable	0	1	2	3
21. Cuando termino de comer	0	1	2	3
22. Cuando me ofrecen un cigarro	0	1	2	3
23. Cuando no tengo nada que hacer	0	1	2	3
24. Cuando me siento ansioso(a)	0	1	2	3
25. Cuando manejo	0	1	2	3
26. Cuando me siento nervioso(a)	0	1	2	3
27. Cuando algo no me sale bien	0	1	2	3
28. Cuando necesito desahogarme	0	1	2	3
29. Cuando me siento triste	0	1	2	3
30. Cuando estoy esperando a alguien	0	1	2	3
31. Cuando a mi alrededor hay gente que fuma y me siento obligado(a) a fumar	0	1	2	3
32. Cuando recibo malas noticias	0	1	2	3
33. Cuando me siento presionado(a)	0	1	2	3