



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología**

**Maestría en Psicología con Residencia  
en Psicología de las Adicciones**

**ESTUDIO TRANSVERSAL DE CONSUMO DE TABACO EN  
TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Lic. Luis Eduardo Villalobos Gallegos**

**TUTORA:** Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Saenz

**REVISORA:** Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño

**Comité Tutorial:** Dra. Andrómeda Valencia Ortiz

Dra. Silvia Morales Chainé

Dra. Marina Ménez Díaz

MÉXICO D. F.

AGOSTO, 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Agradecimientos**

Al programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT por apoyar mi formación profesional dentro del Posgrado en Psicología de la UNAM.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitir mi desarrollo profesional y abrirme las puertas al mundo de la investigación y la ciencia.

A mi tutora la Dra. Marcela Tiburcio por su apoyo constante en la elaboración del presente reporte. A la Dra. Ana Moreno y Dra. Marina Ménez por su valiosa retroalimentación en el presente trabajo.

Al Dr. Ricardo Nanni, Dr. Hugo Gonzalez y Dr. Rodrigo Marín por prestar las facilidades para incluir datos del trabajo realizado en la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

A la Dra. Asunción Cervantes, Dra. Miriam Atonal, Dr. Carlos Ocaña y Dra. Norma Morteo por las facilidades prestadas para la obtención de información de este reporte.

A mis compañeros en el Hospital en el Hospital General Naval de Alta Especialidad por su apoyo durante los dos años de duración de la maestría.

## Contenido

Introducción .....	1
CAPITULO 1: EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO PARA EL TABAQUISMO .....	3
1.1 Epidemiología del tabaquismo .....	4
1.2 Factores de riesgo para el consumo tabaco .....	7
1.2.1 Factores contextuales de riesgo de riesgo y protección para tabaquismo.....	8
1.2.2 Factores de riesgo y protectores interpersonales e individuales .....	9
1.3 Evaluación de la dependencia a la nicotina.....	14
1.3.1 Modelo médico-psiquiátrico para la evaluación de la dependencia a sustancias .....	15
1.3.2 Modelo psicométrico de dependencia a la nicotina .....	16
1.3.3 Medición de dependencia a nicotina por medio de marcadores biológicos.....	21
1.4 Intervenciones Psicosociales Empíricamente Sustentadas para el tratamiento del tabaquismo.....	23
1.4.1 Terapia Cognitivo-Conductual.....	25
1.4.2 Intervenciones Motivacionales .....	27
1.4.3 Manejo de Contingencias.....	29
1.4.4 Terapia Cognitivo Conductual Basada en el Mindfulness.....	30
1.4.5 Tratamientos Sustentados Empíricamente contra tabaquismo en México.....	32
CAPITULO 2: FORMULACIÓN DE PROGRAMAS .....	34
2.1 Atención a usuarios de sustancias. ....	35
2.1.1 Tratamiento Integral Preabstinencia contra el Tabaquismo para Fumadores con Sintomatología Depresiva.....	36
2.1.2 Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas .....	42
2.1.3 Tratamiento Integral para la Dependencia al Alcohol por una Vida Satisfactoria .....	49
2.2 Actividades académicas complementarias .....	60
2.2.1 Participación en reuniones científicas.....	60
2.2.2 Publicaciones .....	62
CAPITULO 3: ESTUDIO TRANSVERSAL DE CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	63
RESUMEN .....	64

3.1 Antecedentes.....	64
3.2 Método.....	66
3.2.1 Participantes.....	66
3.2.2 Instrumentos.....	67
3.2.3 Procedimiento.....	67
3.3 Resultados.....	69
3.3.1 Características de los participantes.....	69
3.3.2 Consumo de tabaco.....	70
3.3.3 Distribución del consumo por sexo, edad y escolaridad.....	72
3.3.4 Características de los fumadores regulares y ocasionales.....	74
3.3.5 Características de los médicos, trabajadores de salud y Otro Personal.....	76
3.3.6 Propiedades de los instrumentos para medir dependencia.....	78
3.4 Discusión.....	80
Referencias.....	85
ANEXOS.....	106
ANEXO 1: Consentimiento informado.....	106
ANEXO 2: Instrumento utilizado para obtención de datos.....	107

## **Introducción**

Los trastornos por consumo de sustancias en México, como en la gran mayoría de los países, son un problema de salud pública, debido a las consecuencias médicas, económicas y sociales que resultan de los problemas de consumo, las cuales se constatan en la literatura nacional e internacional.

A pesar de la carga del problema en nuestro país, las acciones que se han desarrollado para combatirlo resultan insuficientes. Esto en gran medida se debe a la falta de programas establecidos que tengan, por lo menos, un modesto sustento empírico que permita garantizar cierta efectividad.

El objetivo general de este documento es revisar la información actual sobre el problema de las adicciones en el mundo y en nuestro país, específicamente del tabaquismo, donde se incluyendo información de distintas investigaciones epidemiológicas y de tratamientos; también se reportan resultados de actividades profesionales llevadas a cabo durante la Residencia en Psicología de las Adicciones.

Este Reporte se encuentra organizado en tres capítulos: en el primero de ellos se describen datos epidemiológicos del tabaquismo, factores de riesgo para el consumo de tabaco, así como una breve revisión de los instrumentos existentes para medir la dependencia a la nicotina y los tratamientos para la cesación de tabaquismo cuyos resultados se han reportado.

En el segundo capítulo se hace un recuento de las actividades profesionales llevadas cabo durante la Residencia: Atención a usuarios de sustancias, presentación de trabajos en reuniones científicas y la publicación de un artículo en una revista científica.

En el último capítulo, se presenta el reporte de investigación de un estudio epidemiológico sobre consumo de tabaco en trabajadores de un Hospital de Tercer Nivel, donde se indaga la prevalencia del consumo de tabaco, así como las características de los fumadores y el nivel de dependencia medido con dos instrumentos.

**CAPITULO 1: EPIDEMIOLOGÍA,  
FACTORES DE RIESGO Y  
TRATAMIENTO PARA EL  
TABAQUISMO**

# 1. Epidemiología, Factores de Riesgo y Tratamiento para el Tabaquismo

## 1.1 Epidemiología del tabaquismo

El tabaquismo tiene una larga historia como problema de salud; en el siglo XVIII fumar en pipa se relacionó con el cáncer en los labios y en el siglo XIX con el cáncer en la boca y garganta, sin embargo, dado que el consumo de cigarrillos era una práctica poco común en esa época, fue hasta 1890 que se le relacionó con el cáncer de pulmón (Proctor, 2004).

Aproximadamente en 1950 se corroboran los daños ocasionados por el consumo de tabaco por medio de la acumulación de evidencia, (Wynder, 1988; Proctor, 2004), pero fue hasta la década de los años 60 que la relación entre el fumar y los daños a la salud recibió atención por parte de la comunidad científica y las autoridades en Estados Unidos e Inglaterra (Wynder, 1988) y en 2003, 192 países firmaron el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) para el Control del Tabaco (Proctor, 2004). Dicho convenio es una iniciativa que propone una agenda común para coordinar esfuerzos en la lucha contra el tabaco, a la vez que ofrece un marco para las medidas de control que han de aplicarse para la reducción de la prevalencia del consumo y la exposición al tabaco.

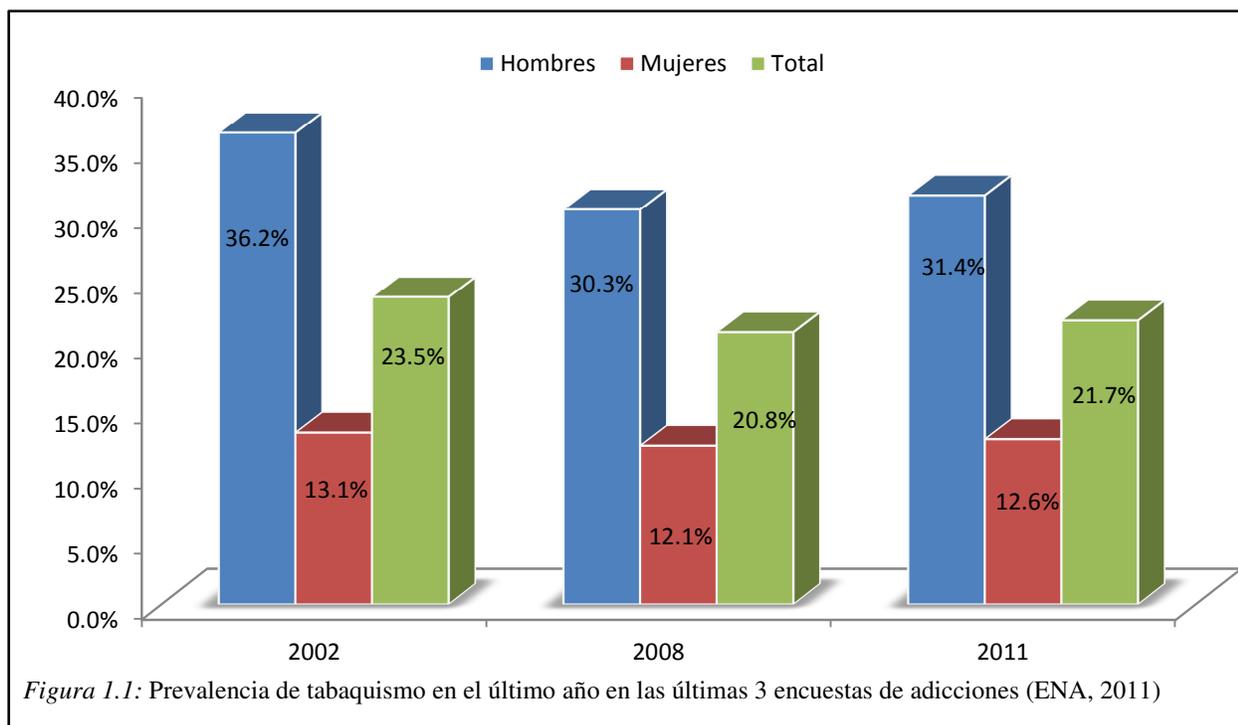
Por lo menos mil millones de personas en todo el mundo fuman (aproximadamente a 1/6 parte de la población mundial), de los cuales más del 80% vive en países en vías de desarrollo, siendo el único producto de distribución legal que daña a cualquiera expuesto a éste y mata a la mitad de quienes lo consumen de forma intencional (World Health Organization, 2008).

En términos de defunciones, se estima que el consumo de tabaco ocasiona 5.4 millones de muertes al año, un promedio de una muerte cada seis segundos y una de cada 10 muertes que ocurren en el mundo. Asimismo, podemos agregar que fumar es factor de riesgo en seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo (World Health Organization, 2008). Se estima que fumar causa aproximadamente 21% de las muertes por cáncer en el mundo. Cuando se hace una comparación con respecto a la atribución de la mortalidad por tabaquismo entre países de ingreso alto y países de ingreso medio o bajo, se encuentra que las muertes por cáncer son mayores en los países de alto ingreso; no obstante, el número total de muertes de cáncer atribuibles al tabaco es mayor en países de ingreso medio y bajo. El uso del tabaco se relaciona con una de cada tres muertes de cáncer (Danaei, Vander Hoorn, Lopez, Murray y Ezzati, 2005).

La encuesta de adicciones más reciente en nuestro país (ENA: Reporte de tabaco, 2011) sugiere que un 21.7% de la población entre 12 y 65 años consume tabaco en forma activa, esto es, aproximadamente 17.3 millones de mexicanos. El 31.4% de hombres y el 12.6% de las mujeres fuman. Dentro de este mismo grupo de edad el 8.9% fuman de manera regular (diario), esto es, 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres, mientras que el 26.4% de la población refirió haber fumado regularmente alguna vez en su vida pero sin consumir en el último año; el 20.1% reportó ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% nunca haber fumado. Se encontró además que el consumo diario se inicia aproximadamente a los 20.4 años, que en promedio los fumadores regulares consumen 6 cigarros al día.

Haciendo una comparación con las encuestas anteriores se encontró un aumento marginal en el consumo ya que en 2008 hubo 20.8% fumadores activos y 23.5% en 2002; sin embargo, se presentó una disminución estadísticamente significativa con respecto a 2002 (Figura 1.1), así

como en fumadores diarios (12.4% ENA 2002, 8.9% ENA 2011). La edad de inicio de consumo en la encuesta más reciente fue mayor (17.1 años ENA, 2008) sin embargo, no se menciona si esta diferencia fue estadísticamente significativa. El promedio de cigarrillos que se fumados diariamente reportado en 2011 fue mayor al dato de 2008 (7 cigarrillos al día), sin embargo, está diferencia también es marginal (ENA: Reporte de Tabaco, 2011; ENA, 2008; Tapia-Conyer, et al., 2002)



Por otra parte, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, 2009), otro de los estudios epidemiológicos importantes que se ha realizado a nivel nacional, refiere que el 15.9% de la población mayor de 15 años es fumadora, esto es, aproximadamente 10.9 millones de mexicanos, lo cual se distribuye por sexos de la siguiente manera: 24.8% de los hombres y 7.8% de las mujeres de nuestro país consumen tabaco (3.9 millones y 1.3 millones por sexo). Con respecto a los fumadores diarios 11.8% de ellos son hombres y 3.7% son mujeres, lo cual no

muestra diferencias estadísticamente significativas con respecto a los fumadores ocasionales (13% y 4.1% respectivamente). El grupo de población con mayor consumo fue el que tiene 45 años o más. Las mujeres de 15 a 24 años fuman solamente de manera ocasional, en comparación con las mujeres de 45 años que fuman diariamente. 77% de los fumadores diarios consumen menos de 11 cigarrillos por día, 5.2% consumen más de 20 cigarrillos diarios. Las diferencias en la GATS y la ENA pueden atribuirse a variantes metodológicas, entre ellas, la elección de los criterios de inclusión, la forma en que se estratificó la muestra, el instrumento para el levantamiento de información y el tamaño de la muestra, entre otros.

De acuerdo a la Encuesta Global de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS, 2009) la edad promedio de inicio fue de 16.3 años en hombres y 16.8 años en mujeres. La prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes entre 13 y 15 años se encontró entre 10.5 y 27.8%; no hubo diferencias importantes por sexo; aproximadamente entre el 8 y 15% de los encuestados ya había probado el cigarrillo antes de los 13 años.

## **1.2 Factores de riesgo para el consumo tabaco**

Los precursores del abuso de drogas y alcohol se conocen como factores de riesgo, se trata de eventos y características del contexto o del individuo que ocurren antes del abuso de sustancias y se asocian estadísticamente con el incremento en la probabilidad del uso de drogas. Por otro lado, los factores protectores se definen como situaciones que median o moderan los efectos de la exposición a los riesgos, al grado que pueden inhibir el abuso de drogas entre quienes se encuentran en riesgo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). En los siguientes apartados se presenta una revisión de la literatura internacional que documenta la relación entre el

consumo de tabaco y algunos factores de riesgo de acuerdo con la clasificación de Stone, Becker, Huber y Catalano (2012); cabe mencionar que los predictores que se presentan a continuación han sido mencionados por lo menos en dos estudios longitudinales, de acuerdo con el estándar establecido por Hawkins y colaboradores (1992).

### **1.2.1 Factores contextuales de riesgo de riesgo y protección para tabaquismo**

La sociedad y la cultura juegan un rol crucial en el uso de sustancias, en ocasiones a través de mecanismos formales como el control de precios, impuestos o mercadotecnia, en otras ocasiones, a través de mecanismos informales como las normas sociales (Stone, et al., 2012).

#### ***1.2.1.1 Normas sociales percibidas***

Las normas sociales percibidas hacen referencia a códigos de conducta que un individuo percibe que debe cumplir al pertenecer a un grupo; existen dos tipos: las descriptivas, que se refieren a la percepción que un individuo tiene sobre la frecuencia con que los demás miembros del grupo realizan una conducta; y las prescriptivas, que se refieren a qué tanto es presionado el individuo por el grupo a llevar a cabo cierta conducta (Rimal y Real, 2003). Se ha encontrado que cuando se le permite a los adolescentes fumar en casa, el nivel de dependencia y consumo de cigarrillos es mayor (Tucker, Ellickson y Klein, 2003) y cuando los padres están a favor del consumo de tabaco, los adolescentes presentan mayores probabilidades de fumar (Luther, et al., 2008). En poblaciones de estudiantes universitarios (Arbour-Nicitopoulos, Kwan, Lowe, Taman y Faulkner, 2010) y en estudiantes de preparatoria (Hong, Rice y Johnson, 2012) se ha encontrado que las normas percibidas predicen el consumo de tabaco. En otro estudio se encontró

que las percepción de normas anti-tabaco en la comunidad predijo de significativamente la abstinencia al tabaco (Odds Ratio u OR=2.059 I. C. 95% 1.247-3.402; Hamilton, Siegel y Sullivan, 2010).

### ***1.2.1.2 Leyes e impuestos***

En un estudio realizado por Tauras (2005) se encontró que un incremento sustancial en el precio de los cigarros predice una disminución en el número de adultos jóvenes que progresan a al consumo regular además que al establecer restricciones en contextos laborales o lugares públicos (oficinas, restaurantes, centro comerciales, etc.) quienes presentaban un patrón de consumo excesivo disminuyeron su consumo de cigarrillos. Estudios más recientes han encontrado que los más sensibles a los incrementos de precios son quienes fuman en mayor cantidad, sin embargo, para lograr un cambio sustancial el incremento debe ser por lo menos del 40% del precio original (Cavazos-Rehg, et al., en prensa) y que las políticas anti-tabaco más estrictas en las comunidades aumentan la probabilidad de abstinencia (Hamilton, et al., 2010).

### **1.2.2 Factores de riesgo y protectores interpersonales e individuales**

Algunas de las características intrínsecas de los individuos (actitudes favorables hacia el consumo, hacia la escuela o la religión; psicopatología, asistir a la universidad, entre otros) y de sus ambientes personales (relaciones con la familia o pares; experimentar eventos estresantes) pueden incrementar o disminuir de manera significativa el consumo de tabaco. A continuación se exponen algunos de los factores que se ha encontrado tienen una relación significativa con el consumo de tabaco, tanto en adolescentes como en adultos.

### ***1.2.2.1 Historia de abuso /negligencia***

Se ha encontrado que tener una historia de abuso sexual, así como vivir en lugares violentos predice el consumo de tabaco en adolescentes (Simantov, Schoen y Klein, 2000; Kliewer y Murrelle 2007). Es un estudio realizado por Ford y colaboradores (2011) se encontró que quienes tuvieron historia de abuso verbal (OR=1.54 IC 95% 1.40-1.70), físico (OR=1.46 IC 95% 1.31-1.63) y sexual (OR=1.51 IC 95% 1.35-1.69) durante la infancia, presentaron más probabilidades de consumir tabaco a los 18 años. Más recientemente se han establecido modelos que tratan de explicar las relaciones existentes entre el maltrato y el tabaquismo, Otros estudios han buscado aclarar los mecanismos mediadores entre el consumo de tabaco y los antecedentes de maltrato, como es el caso del modelo presentado por Lewis y colaboradores (2011) donde los problemas de conducta internalizante a los 14 años median la relación entre el maltrato a los 12 años y el consumo de tabaco a los 16; o el modelo de ecuaciones estructurales presentado por Topitzes, Mersky y Reynolds (2010), donde la historia de maltrato y consumo de tabaco en la adultez es mediado por distintas variables como: éxito académico, conducta delictiva, habilidades socio afectivas y abuso de otras sustancias.

### ***1.2.2.2 Relaciones familiares***

El apoyo parental pobre es un factor de riesgo importante para el consumo regular de tabaco a los 14 y 17 años (Tucker, et al., 2003). De la misma forma, la interacción familiar negativa también predice el consumo de tabaco en el futuro (Kliewer y Murrelle 2007).

### ***1.2.2.3 Problemas de conducta internalizante y externalizante***

Existen distintos tipos de problemas de conducta que se han estudiado en torno a su relación con el consumo de tabaco entre los principales se encuentran: síntomas depresivos moderados o altos en las adolescentes, resulta en un mayor riesgo de consumo de tabaco (RR=1.6 IC 95% 1.1-2.4; Simantov, et al., 2000); aquellos adolescentes que presentan mayor impulsividad tienen mayor riesgo de consumir tabaco, en particular la urgencia positiva (la necesidad de actuar precipitadamente en situaciones relacionadas con estados de ánimo agradables) predice la dependencia a la nicotina ( $\beta=.28$ ,  $p<.01$ ) y la búsqueda de sensaciones (OR=1.51 IC 95% 1.09–2.08) predice el patrón de consumo (Spillane, Smith y Kahler, 2010). Presentar conducta problema (p. ej. Problemas escolares, robo, daño de propiedad) en la adolescencia predice el consumo regular de tabaco a los 15 y 23 años (Tucker, et al., 2003). Por otra parte, en un meta-análisis realizado por Lee, Humphreys, Flory, Liu y Glass, (2011) con 27 estudios prospectivos que abordan la relación entre el consumo de sustancias y el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) se encontró que quienes presentaron este trastorno durante la infancia tuvieron casi el doble de probabilidad de consumir tabaco por lo menos una vez en su vida y casi el triple de presentar dependencia a la nicotina en la adultez en comparación con quienes no tuvieron este trastorno.

### ***1.2.2.4 Actitudes favorables hacia el consumo y expectativas***

Existe evidencia que ha comprobado el efecto de las expectativas de regulación de afecto negativo en el incremento de la dependencia a la nicotina (Heinz, Kassel, Berbaum y Mermelstein, 2010) y el número de cigarrillos fumados en los últimos 30 días y los días que se

fumaron en el último mes en adolescentes de 17 años (Heinz, et al., 2010). Por otra parte, se encontró una relación significativa entre la intención de fumar en el futuro, baja autoeficacia para resistirse al consumo, pensar que fumar no es adictivo y pensar que fumar tiene efectos positivos con el inicio de consumo de tabaco a los 14 años (Tucker, et al., 2003).

#### ***1.2.2.5 Asistencia a la universidad***

Se encontró que quienes asisten a la universidad fuman menos que quienes no (White, Bray, Fleming y Catalano, 2009). Otros estudios han encontrado que la prevalencia de tabaquismo es menor en quienes se graduaron de la universidad frente a los que tienen menor nivel de educación (Ford, et al., 2011) y un estudio encontró que asistir a la universidad predecía la pertenencia a una trayectoria de menor consumo frente a no asistir, lo cual predecía una trayectoria de consumo crónico (Fleming, White, Haggerty, Abbott y Catalano, 2012)

#### ***1.2.2.6 Relaciones con los pares***

Tener amigos fumadores es un factor de riesgo importante para fumar de manera regular (Tucker, et al., 2003). Otro factor que predice el consumo de tabaco en la adolescencia es que los pares presenten conductas desviadas de la norma (Kliewer y Murrelle 2007).

### ***1.2.2.7 Involucramiento religioso***

Dentro de los factores que se han descubierto que disminuyen la probabilidad de que los adolescentes inicien a consumir tabaco se encuentra la creencia en Dios y el involucramiento de los padres en la religión (Kliewer y Murrelle 2007).

### ***1.2.2.8 Factores educacionales***

El abandono escolar (Kliewer y Murrelle 2007) así como presentar bajas calificaciones y pobres intenciones de superación académica predicen de manera significativa el consumo regular de tabaco a los 14 años (Tucker, et al., 2003).

### ***1.2.2.9 Eventos de vida estresantes***

Se ha encontrado que los eventos de vida estresantes, como la muerte de un familiar o cambios residenciales, aumentan el riesgo de consumo de tabaco en los adolescentes (Simantov, et al., 2000).

El conocimiento de los factores de riesgo se ha desarrollado significativamente en otros países, sin embargo, en México la evidencia en el área de tabaquismo es escasa; por ejemplo, el estudio de Nuño-Gutiérrez y colaboradores (2005) en estudiantes de preparatoria, esto nos habla de la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales cuyo objetivo sea identificar aquellos factores que predicen el consumo de sustancias en distintos grupos de edad, para poder formular políticas públicas que se adecuen a las necesidades de nuestro contexto.

Como se puede apreciar durante la revisión, los factores de riesgo son eventos o características personales (por ejemplo el maltrato y los problemas de conducta, o las actitudes hacia el consumo y las normas percibidas) que se han comprobado que aumentan la probabilidad del consumo de tabaco, son importantes para el desarrollo de políticas y programas de prevención, sin embargo, sus resultados dependen en gran medida de la forma en que se operacionaliza el consumo de tabaco y la dependencia.

### **1.3 Evaluación de la dependencia a la nicotina.**

Históricamente en la medición de la dependencia a la nicotina existen tres grandes tradiciones, una basada en la tradición diagnóstica médico-psiquiátrica donde la dependencia es una variable dicotómica y se considera más una clasificación y no un constructo explicativo; la segunda, inspirada en modelos de dependencia física donde ésta se considera como una variable continua y ha permitido el desarrollo de escalas para medir la adicción en función de grados (Piper, et al., 2004) y la tercera, en la que se utiliza marcadores biológicos para la verificación del consumo.

#### **1.3.1 Modelo médico-psiquiátrico para la evaluación de la dependencia a sustancias**

La tradición médico-psiquiátrica utiliza entrevistas estructuradas como la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (por sus siglas en inglés SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997), la Entrevista Compuesta Diagnóstica Internacional (CIDI; Cottler, Robins y Helzer, 1989; Wittchen, 1994; World Health Organization, 2001) o la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI; Sheehan, et al., 1998) para diagnosticar la dependencia a la nicotina.

El SCID-I tiene módulos para evaluar la dependencia y abuso a alcohol y a otras drogas, sin embargo, no cuenta con un módulo específico para la evaluación de la dependencia a la nicotina (First, et al., 1997).

EL CIDI cuenta con un módulo para evaluar abuso de sustancias (CIDI-SAM; Cottler, Robins, y Helzer, 1989), presenta propiedades psicométricas adecuadas como: coeficientes de correlación mayores a .80 en el acuerdo entre evaluadores, consumo diario, edad de inicio de consumo y máximo consumo, sin embargo, correlaciona moderadamente ( $K=.78$  IC 95% .68-.88) con el criterio de “saliencia” (por ejemplo: dejar actividades por fumar).

Con respecto al MINI, si bien es un instrumento diagnóstico y cuenta con módulos para evaluar dependencia a drogas y a alcohol, que es de más breve aplicación que SCID-I y CIDI, no tiene una sección específica para diagnosticar dependencia a la nicotina (Sheehan, et al., 1998).

Es importante mencionar que de estas tres entrevistas estructuradas, el SCID-I se ha considerado como el “estándar de oro” en el diagnóstico de los trastornos mentales (Pez, et al., 2010), esto es, es la referencia a la que lo demás instrumentos deben de apegarse para determinar los casos resultantes como verdaderos positivos y verdaderos negativos, sin embargo, el único que cuenta con un sección específica de dependencia a nicotina es el CIDI, lo cual nos indicaría que esta última es el “estándar de oro” para desordenes relacionados con el consumo de nicotina.

Es plausible afirmar que estas tres entrevistas estructuradas (SCID-I, CIDI y MINI) son instrumentos confiables y válidos (Pez, et al., 2010). Sin embargo, al requerirse más recursos para

realizar estudios de validación (debido en gran medida a su extensión y a que debe ser aplicado por profesionales capacitados) el número de publicaciones sobre sus propiedades psicométricas es menor en comparación con los instrumentos de auto-reporte. De la misma forma, su aplicación para fines de práctica clínica se ve limitado pues el tiempo requerido es significativamente mayor en comparación otras herramientas de evaluación.

### **1.3.2 Modelo psicométrico de dependencia a la nicotina**

La aproximación basada en modelos psicométricos busca evaluar la dependencia por medio de cuestionarios de auto-reporte entre los que se encuentra el Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), la Escala de Dependencia a Cigarrillos (CDS-12; Etter, Le Houezec y Perneger, 2003), el tamizaje de Dependencia a Tabaco (TDS; Kawakami, Takatsuka, Inaba y Shimizu, 1999), el Inventario de Wisconsin de Motivos de Dependencia en Fumadores (WISDOM-68; Piper, et. al., 2004) y la Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS; Shiffman, Waters y Hickcox, 2004).

En una revisión a los estudios que se han hecho para medir sus propiedades psicométricas el FTND presentó una consistencia interna que fluctúa entre el 0.55 hasta el 0.74; la confiabilidad test-retest va desde 0.58 hasta 0.91. Con respecto a su validez concurrente, el FTND se ha comparado con biomarcadores como cotinina en saliva y monóxido de carbono, obteniendo como máximo una correlación de .58 (Menasas-Gaya, Zuardi, Loureiro y Souza-Crippa, 2009). No fue posible encontrar en la literatura estudios que evalúen las propiedades psicométricas del FTND en población mexicana, sin embargo algunos autores justifican su utilidad basados en su reiterado uso (Moreno-Coutiño, et al., 2011).

El CDS-12 cubre los principales criterios de dependencia del DSM-IV y del CIE-10, a excepción de la tolerancia. Tiene una confiabilidad test-retest aceptable (entre .84 y .97) y alta consistencia interna (desde .63 hasta .90). Las puntuaciones en el CDS-12 fueron más altas en fumadores diarios que en ocasionales y se asociaron con la intensidad de la urgencia para fumar durante el último intento de dejarlo y con la cantidad de cotinina en saliva. Las puntuaciones del CDS-12 y CDS-5 disminuyeron cuando los fumadores diarios se convirtieron en fumadores ocasionales en un retest 18 días después (Etter, et al., 2003), ambas versiones del instrumento se desarrollaron para una población francoparlante, sin embargo, existen datos psicométricos en muestras de fumadores leves (<10 cigarros al día) afroamericanos (Okuyemi, et al., 2007) y noruegos (13 cigarros en promedio al día) (Stavem, Rogeberg, Olsen y Boe, 2008).

Las propiedades del TDS se evaluaron en una población de fumadores japoneses. Mostró una consistencia interna que va desde .77 hasta .81, mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de dependencia a la nicotina utilizando criterios de DSM-III, DSM-IV y CIE-10 con respecto al Cuestionario de Tolerancia de Fagerstrom (FTQ), de acuerdo al análisis realizado por medio de curvas ROC (Receiver Operating Characteristics), con un 81.1% de sensibilidad y un 85.7% de especificidad. Como medida de validez predictiva, se encontró que los puntajes más bajos en el TDS predijeron una mayor probabilidad de éxito en un tratamiento para dejar de fumar en varones. A pesar de todas estas características, no se conocen datos en población de fumadoras (Kawakami, et al., 1999).

Con respecto al WISDM-68 (Piper, et. al., 2004), un cuestionario compuesto por 13 subescalas, se ha encontrado que presenta una consistencia interna adecuada (entre .73 y .95 en las subescalas). El puntaje total del cuestionario explicó 58% de la varianza de la cantidad de

cigarrillos consumidos al día, el 53% en la medición del monóxido de carbono exhalado y 60% en los diagnósticos de dependencia a nicotina de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

El NDSS (Shiffman, et al., 2004) tiene una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.86$ ), además se comprobó su validez de constructo por medio de análisis factorial donde se encontró un modelo de 5 factores (con una consistencia interna que va desde .49 hasta .83) explicando un 65.4% de la varianza. También se llevaron a cabo análisis de validez discriminante y predictiva donde obtuvo resultados satisfactorios. El instrumento se ha validado en población española y finlandesa, obteniendo resultados similares a los de la población americana.

En un estudio donde se realizó una comparación directa en 2343 fumadores, se compararon las propiedades psicométricas entre el CDS-5, CDS-12; FNDDT y el NDSS; se encontró que la confiabilidad test-retest fue de .87, .83, .70 y .80 respectivamente; en lo que respecta a la validez predictiva, todos los instrumentos predijeron cesación de tabaquismo 8 días después de la aplicación, siendo el CDS-12 el que obtuvo mejores resultados (OR= 3.98 IC 95% 2.19-7.22;  $R^2=.15$ ); cuando se utilizó como criterio dejar de fumar en los siguientes 30 días, la escala de continuidad del NDSS fue la que predijo de mejor forma (OR= 1.56 IC 95% 1.24-1.96;  $R^2=.02$ ), sin embargo los autores concluyen que la cantidad de varianza que se predijo pudiera no ser clínicamente significativa (Courvoisier y Etter, 2010).

Comparando los instrumentos de dependencia de nicotina se encuentra que aquellos que tienen mayor consistencia interna y estabilidad cuentan con significativamente más ítems, como es el caso del NDSS y el WISDOM-68. Por otra parte, el más breve (FNDDT) presenta problemas en consistencia interna y estabilidad.

Específicamente, el FNDT, en comparación con otros instrumentos, ha mostrado menor consistencia interna, validez predictiva y validez concurrente (Etter, 2005; Okuyemi, et al., 2007; Etter, 2008; Courvoisier y Etter, 2010) e incluso algunos autores señalan que presenta “efecto de piso” (Stavem, et al., 2008), a pesar de ser el instrumento de uso más difundido y con mayor número de estudios donde se evalúan sus propiedades psicométricas (Menasas-Gaya, et al., 2009). Con respecto al TDS y al CDS-5 y CDS-12, presentan las siguientes ventajas: tienen pocos ítems, son auto aplicados, presentan adecuada validez predictiva, así como consistencia interna y estabilidad mayor a .80, (Etter, 2005; Kawakami, et al., 1999).

Uno de los problemas más importantes con respecto a los instrumentos de auto-reporte para la medición de la dependencia a la nicotina en nuestro país, es que actualmente se desconocen las propiedades psicométricas de estos instrumentos en la población mexicana. Por otro lado, el uso de otros instrumentos diferentes al FNDT para evaluar el nivel de dependencia de nicotina ha sido limitado, lo cual trae como resultado continuar con prácticas de evaluación que no se encuentran sustentadas ni adaptadas a las necesidades de la población mexicana.

Es por ello que resulta necesario evaluar las propiedades psicométricas de estos instrumentos, particularmente aquellos que ya han demostrado funcionar en otras poblaciones (por ejemplo NDSS, CDS, TDS y WISDM-68), que faciliten la identificación y la evaluación del nivel de severidad de la dependencia a la nicotina y con ello poder tomar mejores decisiones terapéuticas.

A este respecto es importante mencionar la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés), instrumento que a pesar de no tener como objetivo evaluar la dependencia al tabaquismo, es una herramienta de gran utilidad para la toma de decisiones en el tratamiento de las adicciones, sobre todo considerando que forma parte de un paquete que incluye dicho cuestionario, una guía para intervención breve para profesionales de salud en atención primaria (Humenuik, Henry-Edwards, Ali, Poznyak y Monteiro, 2010) y un manual de autoayuda (Humenuik, Henry-Edwards, Ali, Poznyak y Monteiro, 2011). Dicho paquete fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un esfuerzo multinacional ante la necesidad de contar con medios válidos y confiables para detectar y atender el consumo de sustancias en atención primaria (The ASSIST Working group, 2002).

En términos de confiabilidad, se realizó un análisis de test-retest entre evaluadores independientes, en un periodo de aplicaciones entre 1 y 3 días, obteniendo kappas que van desde .24 hasta .97, sin embargo cabe aclarar que en la versión que actualmente se ocupa del instrumento, el reactivo con menor magnitud en kappa (.24) no se aplica para fumadores (The ASSIST Working group, 2002). Así mismo, presenta validez concurrente, discriminativa y de constructo adecuadas, particularmente en consumo de alcohol y cocaína, de la misma forma obtuvo especificidad y sensibilidad mayores a 90% en la mayoría de las sustancias, los datos anteriores se llevaron cabo en una muestra multinacional de seis países: Brasil, Zimbabue, Australia, Reino Unido, Estados Unidos y la India (Humenuik, et al., 2008). De lo anterior podemos decir que es un instrumento válido y confiable para la medición de los problemas relacionados con el consumo de sustancias en general.

En la siguiente sección se presenta el enfoque de la medición bioquímica de la dependencia a la nicotina así como los tipos de medición más comúnmente utilizados para estos fines.

### **1.3.3 Medición de dependencia a nicotina por medio de marcadores biológicos**

Otro de los paradigmas para la verificación del consumo de sustancias es a través de mediciones biológicas, en el caso del consumo de tabaco, la nicotina, principal sustancia psicoactiva en el tabaco, puede ser medida a través de la orina, la saliva o la sangre, a través de técnicas como cromatografía de gas, cromatografía líquida de alto desempeño e inmunoensayos (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002).

Sin embargo, dado que la vida media de la nicotina es de aproximadamente 2 horas, se ha utilizado uno de sus metabolitos principales, la cotinina, la cual se puede medir por medio de la sangre, orina o saliva, a través los mismos procedimientos que la nicotina, además puede seguirse encontrando un par de días después de haber dejado de fumar (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002).

La cotinina tiene buen especificidad y sensibilidad; por ejemplo, en un estudio reciente se encontró que tiene una sensibilidad de 96.9% y una especificidad de 93.4 (Noonang, Jiang y Duffy, 2013). El punto de corte que se recomienda para determinar si hubo consumo es de 15 ng/ml cuando se mide en plasma o saliva y de 50 ng/ml si es en orina (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002). Sus debilidades son el elevado costo que implica realizar dicha medición y que la eficiencia diagnóstica disminuye cuando los pacientes se encuentran tomando

medicamentos que contienen nicotina. Sin embargo, se considera una medida que cuenta con gran precisión.

Otro de los marcadores biológicos para medir el consumo es el monóxido de carbono exhalado, a través de aparato denominado COxímetro. Se considera que el punto de corte óptimo es entre  $\geq 8-10$  ppm (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002), sin embargo, una investigación más reciente encontró que el punto de corte óptimo fue  $\geq 5$  ppm, pues resultaba en una sensibilidad de 94.4% y una especificidad de 97.6% (Marrone, et al., 2011). Si bien la medición de CO exhalado no es tan costosa como otros biomarcadores y es efectiva cuando el consumo de tabaco es intenso, elevado su eficiencia diagnóstica disminuye cuando el consumo no es tan debido a que otras fuentes ambientales, como la contaminación, pueden influir en la medición (Marrone, et al., 2011).

Se considera que los biomarcadores únicamente deben utilizarse cuando se pretende realizar investigación en temas relacionados con tabaquismo y se pretende verificar en otra fuente, además del auto-reporte, el consumo de tabaco, además de cuando se utilizan incentivos para dejar de fumar (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002).

#### **1.4 Intervenciones Psicosociales Empíricamente Sustentadas para el tratamiento del tabaquismo**

En la actualidad se ha investigado sobre la efectividad de diversas intervenciones para el tratamiento del tabaquismo, entre las que podemos mencionar: tratamiento farmacológico (nicotínico y no-nicotínico), hipnosis, acupuntura (que incluye acupresura, terapia láser y

estimulación eléctrica) e intervenciones psicosociales. Para fines del presente escrito, únicamente se mencionarán intervenciones psicosociales empíricamente sustentadas (IPES), por lo que a continuación se mencionará que son las IPES, para posteriormente describir las intervenciones de éste tipo que se han estudiado.

En 1995 la Fuerza de Tarea para la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos de la Asociación Psicológica Americana (APA) estableció criterios específicos para definir los niveles de evidencia que sustentan los tratamientos psicosociales (Chambless y Hollon, 1998). En las intervenciones psicológicas en adicciones también se utilizan estos criterios (se presentan en la Tabla 1.1).

Una de las recomendaciones para que los ensayos de tratamientos con usuarios de sustancias se consideren como bien diseñados es el uso otro método además del auto-reporte para informar sobre la abstinencia como pueden ser biomarcadores o mediante un informante colateral (que puede ser familiar, pareja o amigo al cual se le solicita al iniciar el estudio que otorgue información sobre el consumo del participante; SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002).

La utilización de medidas distintas al auto-reporte en gran medida se debe a que se ha demostrado que las mediciones de auto-reporte por si solas no son suficientemente validas para medir el consumo en ensayos clínicos aleatorizados, pues la precisión de estas varía cuando se presentan algunos factores, como: nivel de dependencia elevado o deterioro ocasionado por el consumo entre otros (Babor, Steingberg, Anton y Boca, 2000).

Tabla 1.1:

*Criterios para los tratamientos empíricamente sustentados (Chambless, et al., 1998).*

---

*Intervención Bien-Establecidas*

---

- I. Por lo menos dos experimentos bien diseñados de comparación entre grupos, que demuestren eficacia en una o más de las siguientes formas:
- A. Superior (significativo estadísticamente) a un placebo médico o psicológico, o a otro tratamiento.
  - B. Equivalente a un tratamiento anteriormente establecido en experimentos con tamaños de muestra adecuados (a partir de 30 por grupo) o
- II. Experimentos con diseños de caso único con una  $n > 9$  que demuestren eficacia. Estos experimentos deben de:
- A. Usar adecuados diseños experimentales
  - B. Comparar la intervención a otro tratamiento como en IA.

Otros criterios que aplican para I y II:

- III. Los experimentos se deben de conducir con manuales de tratamiento.
- IV. Las características de los participantes debe ser claramente especificadas.
- V. Los efectos se deben de demostrar por los menos por dos distintos investigadores o grupos de investigación

---

*Intervenciones Probablemente-Eficaces*

---

- I. Dos experimentos demostrando que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo control de lista de espera o
- II. Uno o más experimentos que cumplan con los criterios IA o IB, III, y IV pero no V o
- III. Un pequeño número de experimentos con diseños de caso único ( $n \geq 3$ ) que además cumplan con los criterios II, III y IV de los tratamientos Bien-Establecidos

---

Por otra parte, independientemente del tipo de intervención para dejar de fumar que se evalúe, se deben de tomar en cuenta las recomendaciones de la Sociedad para la Investigación en Nicotina y Tabaco de Estados Unidos para el reporte de los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (Hughes, et al., 2003), entre las cuales podemos mencionar: medición de abstinencia a largo plazo ( $\geq 12$  meses); evaluación de otras formas de consumo de tabaco;

definición adecuada de fracaso en el tratamiento (consumo de tabaco en los últimos 7 días o consumo en uno o más días durante dos semanas seguidas) y uso de estadísticos de supervivencia al reportar las recaídas.

Se han evaluado diversas intervenciones psicológicas para promover la abstinencia en fumadores, entre ellas, terapia cognitivo-conductual, intervenciones motivacionales, manejo de contingencias y terapia cognitivo-conductual basada en mindfulness. Además se ha investigado la efectividad de terapia cognitivo-conductual para prevención de recaídas en personas que ya han dejado de fumar. A continuación se presenta una revisión de los resultados obtenidos en dichas intervenciones.

#### **1.4.1 Terapia Cognitivo-Conductual**

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es el enfoque psicoterapéutico más se ha investigado en la actualidad y ha sido adaptado para dar tratamiento a muchas condiciones relacionadas con salud mental u otros problemas (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006). A pesar de las diversas aproximaciones en la TCC y su adaptación a distintos problemas, estas intervenciones comparten cuatro principios básicos: (1) la disfunción psicológica se entiende en términos de principios del aprendizaje y del procesamiento de la información; (2) los tratamientos cognitivo-conductuales se basan en una aproximación experimental de la conducta humana; (3) la premisa de que el cambio se obtiene por medio de nuevas experiencias de aprendizaje que sobrepasan aprendizajes e información procesada que se adquirieron desadaptativamente; (4) el valor del método científico para el terapeuta, lo cual implica la puesta a prueba de hipótesis para definir el tratamiento (Hazlett-Stevens y Craske, 2002).

Un meta-análisis reciente de los efectos de la TCC en el tratamiento del consumo de tabaco encontró que cuando se compara contra intervenciones mínimas o con grupos sin intervenciones, el efecto es significativo (Riesgo Relativo ó RR=1.39 IC al 95% 1.24 a 1.57), además, en los ensayos en los que además de la TCC también se utiliza Terapia de Reemplazo de Nicotina, el efecto es menor pero estadísticamente significativo (RR=1.27 IC al 95% 1.02 a 1.57). No se encontraron diferencias en ensayos que comparaban la TCC en distintos niveles de intensidad (Lancaster y Stead, 2008).

Se ha reportado también el uso de ciertas variantes del TCC, como la versión “extendida” que consiste en contacto telefónico con el terapeuta 12 semanas después de finalizar el tratamiento provisto cara-a-cara. Dicha intervención resultó en tasas significativamente mayores de abstinencia al finalizar el tratamiento, en el seguimiento a los seis meses, pero no en el seguimiento a un año (Killen, et al., 2008). Webb, Rodriguez, Baker, Reis y Carey (2010) llevaron a cabo un estudio con 154 fumadores afroamericanos, comparando la efectividad de la TCC frente un intervención mínima (educación general en salud), encontrando que las tasas de abstinencia a los seis meses posteriores a la intervención fueron significativamente mayores en los participantes que recibieron TCC (OR=2.89 95% IC 1.30-6.40 p=.009). A pesar de que se ha demostrado que la TCC ha demostrado tener efecto superior a otras condiciones control (sin intervención o con cuidados mínimos), todavía falta demostrar la presencia de efectos interactivos cuando se utiliza en paralelo con algún tipo de farmacoterapia, como se ha observado cuando se utiliza junto con Bupropión (p. ej. en Brown, et al., 2007; y en Levine, et al., 2010 ).

### **1.4.2 Intervenciones Motivacionales**

Las intervenciones motivacionales (IM) se fundamentan en la entrevista motivacional desarrollada por Miller (1983) la cual inicialmente se utilizó para el tratamiento de consumidores de alcohol, y posteriormente, para el consumo en general de sustancias. Este enfoque de tratamiento surge de los estudios que Miller realizó sobre el impacto en la terapia cognitivo-conductual de asumir un estilo empático, directivo y no confrontativo, cuando dicho tratamiento se utilizaba para disminuir el consumo de alcohol (Moyers, 2004).

La entrevista motivacional (EM) se define como un estilo de consejería directivo, centrado en el cliente que elicitaba cambios en la conducta por medio de la exploración y resolución de la ambivalencia de los usuarios (Miller, 1983). Miller y Rollnick (1999) sugieren que al usar un enfoque tradicional, siendo más agresivos/confrontativos, es muy común producir respuestas negativas, lo cual puede ser interpretado como negación o resistencia, de manera muy opuesta a como ocurren en la EM. También difiere de las aproximaciones centradas en los usuarios en su directividad. Los cuatro ejes rectores de la EM son: (a) expresar empatía, (b) desarrollar discrepancia, (c) evitar la resistencia y (d) apoyar la autoeficacia (Miller y Rollnick, 1999). La EM ha tenido diversas adaptaciones, las cuales van desde sesiones de 20 minutos, hasta intervenciones de incremento motivacional, retroalimentación personalizada y entrevistas de seguimientos. Se han aplicado como intervenciones únicas o combinadas con otros tratamientos y en distintos contextos, por ejemplo, en el trabajo con personas con diabetes, hipertensión, obesidad entre otras (Moyers, 2004).

Una revisión sistemática con metaanálisis reciente (Lai, Cahill, Qin y Tang, 2010) sobre el tratamiento de consumo de tabaco, al comparar las IM contra tratamiento usual o consejo breve, observó una diferencia modesta pero significativa a favor de las IM. Dicho efecto aumentaba cuando las sesiones eran de más de 20 minutos y eran provistas por médicos de atención primaria y consejeros. También se encontró que la fidelidad de los terapeutas al modelo de tratamiento variaba entre los ensayos, debido a que en cada estudio se utilizaron variaciones de Entrevista Motivacional. Como ejemplos de los estudios realizados para demostrar la efectividad de las IM en fumadores, se encuentra el realizado en España por Soria, et al. (2006), en el que se condujo una intervención consistente en tres sesiones de 20 minutos de EM y se comparó con un consejo anti-tabaco; el resultado fue que el grupo de EM tuvo 5.2 veces más probabilidades de lograr abstinencia (95% IC= 1.63 a 17.13) doce meses después de la intervención.

En otro estudio realizado en Estados Unidos con fumadores que eran cuidadores de niños con asma, se comparó una intervención basada en EM con una intervención basada en principios de aprendizaje social. En ambos casos, las intervenciones tuvieron una duración de dos sesiones. Se encontró que la intervención basada en EM tuvo una mayor efectividad en un seguimiento a tres meses, además de una menor cantidad de sintomatología asmática en los hijos de quienes participaron (Borrelli, et al., 2010). Las IM han demostrado su efectividad para la reducción del consumo de tabaco siendo una de sus ventajas la posibilidad de combinarla con otro tipo de intervenciones para desarrollar programas de tratamiento más completos y efectivos. Sin embargo, uno de los problemas que la mayoría de los estudios presentan es la falta de reportes de fidelidad de los terapeutas al modelo de tratamiento (Lai, et al., 2010).

### **1.4.3 Manejo de Contingencias**

El Manejo de contingencias (MC) es una intervención basada en otorgar incentivos por mantener la abstinencia, los cuales compiten con la conducta de consumo; los incentivos más comúnmente utilizados son: dinero, boletos intercambiables por productos o servicios, premios, privilegios especiales u otros reforzadores tangibles (Ledgerwood, 2008). Por ejemplo, en un estudio con 110 estudiantes universitarios fumadores en Estados Unidos, se registró un nivel menor de CO exhalado y un número mayor de muestras de orina limpias en los grupos que recibieron tratamiento con MC, sin embargo, únicamente el 4% de los participantes en MC reportaron abstinencia en el seguimiento a seis meses (Tevyaw, 2009) lo que sugiere que los efectos del MC funcionan mayormente para el inicio de la abstinencia y no tanto para el mantenimiento de la misma.

Otra población ampliamente estudiada en relación con la utilidad del MC son las mujeres que fuman durante el embarazo pero aún no hay resultados concluyentes de los ensayos en los que se utilizaron incentivos: tres encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abstinencia y sólo uno encontró efectos marginales (Donatelle, Prows, Champeau y Hudson, 2000; Heil, et al., 2008; Higgins, et al, 2005; Ondersma, 2012), en este último, los autores suponen que la falta de efecto se relaciona con la utilización de incentivos de bajo costo únicamente, sin usar apoyo social como incentivo. Sin embargo, en ésta área es importante el desarrollo de más estudios para determinar en qué condiciones funcionan los incentivos para lograr la abstinencia.

En otro estudio realizado a 878 trabajadores de una empresa multinacional con base en Estados Unidos, se evaluó el uso de incentivos económicos, los participantes que estuvieron en el programa de MC resultaron con mayor tasa de abstinencia en comparación con los participantes que únicamente recibieron información sobre tratamiento para dejar de fumar (Volpp, et al. 2009).

También se ha investigado la efectividad del MC en adolescentes, en tres estudios (Corby, Roll, Ledgerwood y Schuster, 2000; Roll, 2005; Krishnan-Sarin, et al., 2006) se encontró una mayor efectividad tanto en tasas de cesación como en asistencia a tratamiento en los grupos que recibieron MC. Sin embargo, a pesar de que los resultados de estos estudios sugieren que los adolescentes son más sensibles al MC, la cantidad de participantes era limitada ( $n < 30$  por condición). El MC ha demostrado efectividad durante su aplicación que por lo general es una estrategia que se utiliza para potencializar el efecto de otros tratamientos, no obstante se puede apreciar la necesidad de llevar a cabo más investigación para poblaciones especiales, pues los ensayos existentes en la literatura presentan limitaciones metodológicas importantes como un reducido tamaño de la muestra.

#### **1.4.4 Terapia Cognitivo Conductual Basada en el Mindfulness**

El concepto mindfulness hace referencia al acto de centrar la atención en el momento presente sin juzgar a la experiencia, el cual funciona a través de los siguientes mecanismos: regulación de la atención, consciencia del cuerpo, regulación de la emoción a través de la reevaluación, regulación de la emoción a través de la exposición-extinción-consolidación y cambio de la perspectiva de uno mismo (Hölzel, et al., 2011). El mindfulness tiene sus orígenes

en tradiciones orientales, principalmente en el Budismo, la aplicación de estos principios a la psicología inicia a finales de los 80's, con el tratamiento denominado reducción de estrés basada en mindfulness, sin embargo, no es hasta la década pasada cuando se comienza a dar más difusión a este concepto en psicología (Baer, 2003). En lo que refiere a tratamiento de tabaquismo, son pocos los estudios que se han realizado con intervenciones basadas en mindfulness, entre ellas tenemos dos estudios de casos, un estudio piloto y un estudio aleatorio controlado.

En ambos estudios de casos (Singh, et al., 2011; Singh, et al., 2013) se utilizó una intervención basada en las siguientes técnicas: intención, observación de pensamiento y “meditación desde la suela de los pies”. Un estudio reporta el uso de estas técnicas con un paciente y otro reporta los resultados de 3 sujetos, en ambos se trataba de fumadores con retraso mental leve. Todos los participantes alcanzaron la abstinencia entre 77 a 165 días de tratamiento, la cual se mantuvo en los seguimientos realizados hasta el tercer año. Otro estudio realizado para conocer los efectos de un Tratamiento de Reducción de Estrés basado en mindfulness en el tabaquismo (Davis, et al., 2007) se llevó a cabo con 18 fumadores, como resultado se obtuvo que seis semanas después de finalizar el tratamiento mostraron una tasa de abstinencia del 56%. A pesar de los resultados prometedores la falta de un grupo control y el tiempo de seguimiento no permiten establecer con certeza si los resultados son aplicables a otras poblaciones.

Únicamente existe un ensayo clínico aleatorizado de un tratamiento basado en el entrenamiento en mindfulness, el cual se llevó a cabo en 88 fumadores que buscaban tratamiento; se comparó el entrenamiento en mindfulness con una intervención mínima, al finalizar el tratamiento y en un seguimiento a las 17 semanas posteriores al tratamiento se obtuvieron

diferencias significativas en la tasas de abstinencia (31% del grupo que recibió entrenamiento en mindfulness contra 6% del grupo que recibió intervención mínima  $\chi^2 = 6.32$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .012$ ; Brewer, et al., 2011).

Este enfoque aún es incipiente en el tratamiento de adicciones, sin embargo, es bastante promisorio, y necesita que se desarrollen más ensayos clínicos aleatorizados para considerarlo un tratamiento bien establecido para el tabaquismo.

#### **1.4.5 Tratamientos Sustentados Empíricamente contra tabaquismo en México.**

En México únicamente se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado (Lira-Mandujano y Cruz Morales, 2012) en el cual se comparó el efecto de cinco modalidades de tratamiento: Tratamiento Breve Motivacional para Fumadores (IBMF), inhalador de nicotina, chicle de nicotina de 2 mg, IBMF + inhalador de nicotina e IBMF + chicle de nicotina de 2 mg; en dicho estudio se encontró que la IBMF junto con el inhalador de nicotina fue superiores al resto de las intervenciones, sin embargo, las diferencias fueron marginales.

Es importante mencionar que a pesar de que se utilizó una asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento, el estudio no cumple con diversos criterios para considerarlo un tratamiento validado empíricamente, entre ellos: el tamaño de las muestras es limitado (menor a 30 participantes por condición) y se utilizó auto reporte para constatar el consumo de tabaco, por lo que sería importante desarrollar ensayos clínicos en nuestro país que cumplan con los lineamientos antes mencionados. A pesar de sus limitaciones, a la fecha, constituye el estudio publicado con mayor calidad metodológica para demostrar la efectividad de una intervención

conductual para la cesación de tabaquismo; los demás esfuerzos a nivel nacional en este campo se basan en estudios con diseños pre-experimentales (p. ej Mendoza-Mendoza, García-Montiel y Cañedo-Dorame, 2002; Ponciano-Rodríguez y Morales-Ruiz, 2007; Sansores, et al., 1996), los cuales muestran resultados alentadores, sin embargo, estos datos deben de tomarse con cautela debido a sus limitaciones metodológicas.

# **CAPITULO 2: FORMULACIÓN DE PROGRAMAS**

## **2. Formulación de Programas**

En este capítulo se presentan las actividades que se llevaron a cabo como parte de la residencia en Psicología de las Adicciones, éstas se realizaron en el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA) y en el Clínica de Conductas Adictivas (CTA) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” durante el tercer y cuarto semestre. En la primera sección se presenta el caso de una usuaria de tabaco con sintomatología depresiva que recibió el Tratamiento Integral Preabstinencia contra el Tabaquismo para Fumadores con Sintomatología Depresiva (TIPTFSD). Posteriormente se reseña el caso de un adolescente consumidor de marihuana que recibió tratamiento con el programa Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PIBA). Ambos fueron atendidos en el CEPREA. En la tercera sección se describe el trabajo con un grupo de consumidores de alcohol que presentaban trastorno dual y fueron atendidos en la CTA. En la última sección se describen otras actividades académicas realizadas durante la residencia, tales como la asistencia y participación en reuniones científicas y la publicación de un artículo.

### **2.1 Atención a usuarios de sustancias.**

Una de las actividades de mayor importancia dentro de la residencia de Psicología de las adicciones es el desarrollo de habilidades terapéuticas a través de la atención de consumidores de sustancias, a continuación se muestran los casos más relevantes de dicha actividad.

### **2.1.1 Tratamiento Integral Preabstinencia contra el Tabaquismo para Fumadores con Sintomatología Depresiva**

Como se mencionó antes, el tabaquismo es la principal causa de muerte previsible en el mundo (World Health Organization, 2008). Se ha encontrado que cuando existe un historial de dependencia a la nicotina los síntomas vegetativos/melancólicos (enlentecimiento psicomotor, amotivación, astenia, insomnio, culpa, hiperfagia, anhedonia) y la disforia son más elevados que cuando no se presenta este antecedente, lo cual impacta directamente en las probabilidades de dejar de fumar (Leventhal, Kahler, Ray y Zimmerman, 2009).

Por otra parte, en fechas recientes se ha desarrollado el enfoque de “tratamientos integrados” el cual tiene como premisa fundamental que el mismo(a) clínico(a) o el mismo equipo de clínicos(as) dé tratamiento para ambas condiciones, es decir, para los problemas de consumo de sustancias y otras enfermedades mentales. Bajo este enfoque se establece una intervención amplia, la cual busca que sus componentes sean coherentes contrario a los múltiples tratamientos, que en ocasiones son contradictorios, y con ello liberar al usuario de la carga que implica la asistencia a dos tratamientos, recibir indicaciones potencialmente conflictivas y disminuir barreras financieras y de acceso (Minkoff, 1989).

El TIPTFSD (Moreno et al, 2012) es un tratamiento multicomponente que consta de: 1) Tratamiento psicológico basado en solución de problemas; (2) Intervención psicológica para reducción de sintomatología ansiosa; (3) Intervención psicológica para reducción de sintomatología depresiva; y (4) Tratamiento farmacológico supervisado por un médico y está basado en el supuesto de la superioridad empíricamente demostrada de los tratamientos de esta

índole (Moreno-Coutiño, et al., 2011). El objetivo de esta sección es demostrar los resultados obtenidos utilizando el TIPTFSD con una fumadora que presentaba también sintomatología depresiva.

#### ***2.1.1.1 Participante.***

Se trata de una usuaria de 53 años, con escolaridad de licenciatura, la cual al inicio del tratamiento tenía un patrón de consumo aproximado de 15 cigarrillos diarios. Su inicio de consumo fue a los 14 años de edad, dejó de fumar en 1 ocasión, cuando tenía 40 años y su periodo máximo de abstinencia había sido de 3 años.

#### ***2.1.1.2 Instrumentos***

Para evaluar los cambios de consumo de la usuaria a través del tratamiento se utilizó auto-reporte verbal de consumo semana con semana.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir sintomatología ansiosa, elaborado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) y que consta una lista de 21 síntomas comunes en los trastornos de ansiedad; los respondientes eligen entre 4 opciones para cada reactivo, que van de menor a mayor intensidad, con base en la percepción subjetiva de la última semana. Sus propiedades psicométricas se evaluaron en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), obtuvo un alfa de .83 confiabilidad test-retest de .75.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir sintomatología Depresiva, el cual fue desarrollado por Beck, Steer, y Carbin, (1988) el cual consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de severidad; el individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada, sus propiedades se evaluaron en población mexicana ( Jurado, et al., 1998) obteniendo un alfa de .87, y correlaciones con la escala de depresión de Zung de .70 en una muestra de pacientes psiquiátricos y .65 en estudiantes universitarios.

FTND (Heatherton, et al., 1991) para medir nivel de dependencia a la nicotina, sus características fueron descritas en el capítulo anterior.

### ***2.1.1.3 Procedimiento***

Para la intervención se seleccionaron algunos componentes (solución de problemas y entrenamiento en relajación) del TIPTFSD. Estos componentes se eligieron de acuerdo con el patrón de consumo de la participante, sus intentos previos para dejar de fumar y la sintomatología que presentó en la evaluación. De esta forma el programa que se aplicó quedó constituido por: (1) Evaluación: Aplicación de Entrevista Inicial del dicho programa, BAI, BDI y FTND; (2) Tratamiento: Consistió por una parte en tratamiento con parche transdérmico de nicotina, supervisado por un médico de acuerdo a como se indica en el manual del TIPTFSD (Moreno-Coutiño, et al. 2011), 4 sesiones de tratamiento psicológico basado en solución de problemas, reducción gradual del consumo de cigarrillos, cambio de marca de cigarrillos y sesiones de manejo de sintomatología depresiva (3) Seguimiento: En el seguimiento se aplicaron nuevamente BAI,

BDI, se evaluaba patrón de consumo y se llevaba a cabo un ejercicio para revisar los beneficios de la abstinencia.

En total el tratamiento se compone por 6 sesiones semanales, 5 quincenales, 3 bimestrales y 1 trimestral (15 sesiones en total). Los objetivos de las 4 sesiones de tratamiento psicológico fueron: (1) identificar las percepciones sobre el tabaquismo y las consecuencias personales (positivas y negativas) del consumo; (2) identificación de las situaciones que disparan el consumo de tabaco realizando un análisis de las características de su consumo; (3) Elaborar estrategias de afrontamiento para las principales situaciones de riesgo identificadas en la sesión anterior y detallar planes de acción para cada una; 4) Revisar y retroalimentar los avances logrados en relación a las estrategias desarrolladas por el paciente para el logro de la abstinencia.

La reducción gradual del consumo se llevó a cabo en las sesiones 2, 3 y 4, en las que la meta era reducir 40%, 40% y 20% con respecto a la cantidad establecida como línea base durante la evaluación. Posteriormente a la evaluación, la participante cambió la marca de los cigarros por una de menor contenido de nicotina.

Las sesiones de estrategias para prevención de recaídas se eligieron de acuerdo al procedimiento de manual del TIPTFSD (Moreno-Coutiño, et al. 2011) basándose en los puntajes del BAI y BDI aplicados durante la Evaluación y la tercera sesión.

Cabe mencionar que tanto BAI como BDI se aplica en la sesión de Evaluación, en la 3ª sesión de tratamiento, y en las sesiones 6, 8, 10, 11, 12, 13 y 14 (2º, 4º, 6º, 7º, 8º, 9º y 10º

seguimiento). El caso que se presenta a continuación actualmente se encuentra en la 11 sesión (7° seguimiento), por lo que el análisis se llevará a cabo hasta ese punto.

#### ***2.1.1.4 Resultados y discusión***

El primer resultado a mencionar como se puede observar en la Figura 2.1, es la variación del patrón de consumo, podemos observar un patrón constante de reducción, sobre todo en las primeras 4 sesiones, este dato tiene particular importancia debido al esquema del tratamiento en que se establece un plan de reducción gradual hasta llegar a la abstinencia en la cuarta sesión, mismo objetivo que fue alcanzado por la usuaria en cuestión, lo cual sugiere buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, a pesar de presentar abstinencia desde la cuarta hasta la décima sesión, la usuaria reportó un consumo de aproximadamente un cigarrillo al día durante las última tres semanas (el lapso entre las sesiones 10 y 11 es de dos meses).

En la Figura 2.2 se muestran los puntajes obtenidos en las diversas evaluaciones de sintomatología depresiva y ansiosa, donde se observa una disminución sostenida en síntomas ansiosos hasta la fecha de la última evaluación, así como una disminución marginal en los síntomas depresivos. Es importante mencionar que siguiendo el esquema de decisión del TIPTFSD únicamente se utilizaron estrategias para manejo de sintomatología ansiosa con esta usuaria, sin tomar en cuenta maniobras particulares para depresión.

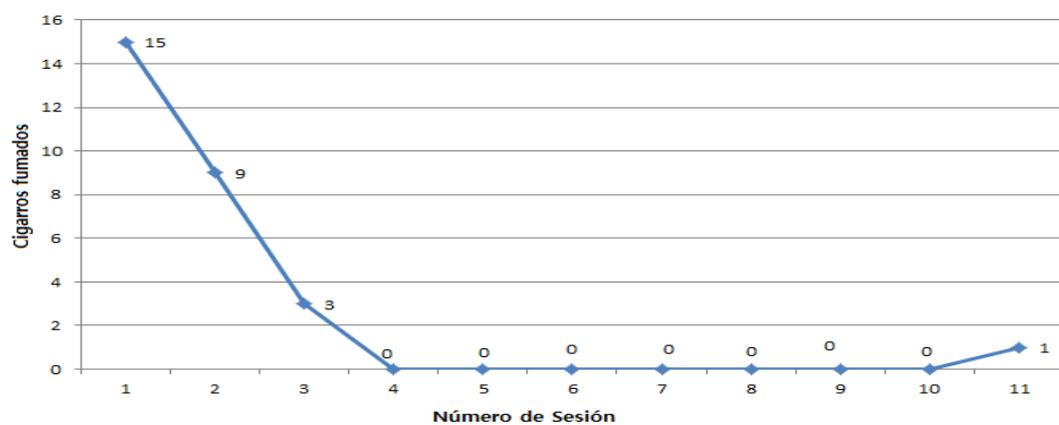


Figura 2.1: Cambios en el consumo a partir de la intervención

Estos resultados nos llevan a varias reflexiones, primero, los programas cognitivo-conductuales cuya extensión es mayor han probado ser efectivos para el mantenimiento de la abstinencia en el tabaquismo (Killen et al., 2008), como sucedió en este caso, en que a pesar de que existió una caída, no se reinstaló el patrón previo de consumo.

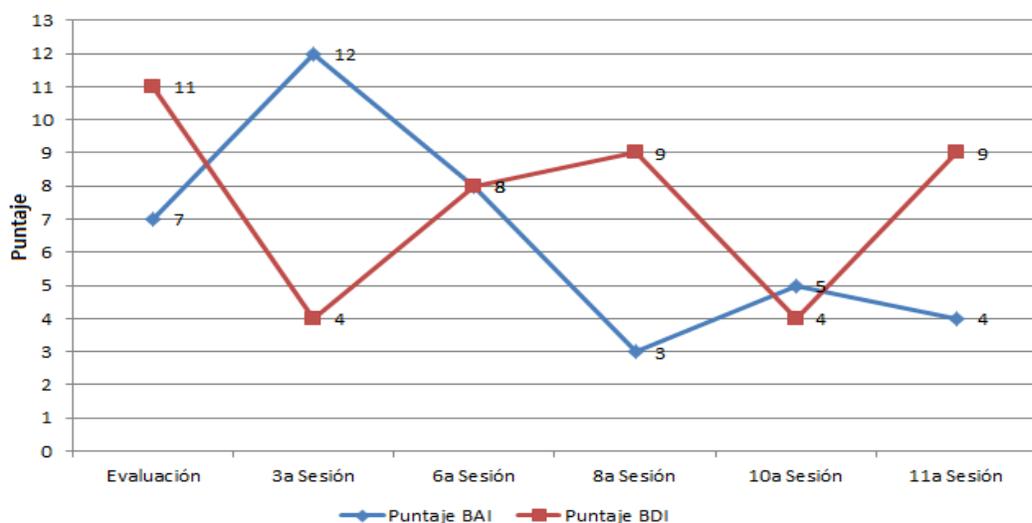


Figura 2.2: Cambios en los puntajes de BAI y BDI durante la intervención

La caída presentada por la usuaria, probablemente se encuentra relacionada con el mantenimiento de la sintomatología depresiva durante todo el tratamiento y el consumo de tabaco

como una estrategia de afrontamiento no adaptativa, lo cual es común en fumadores con historial de síntomas depresivos (Rabois y Haaga, 1997). Lo anterior nos lleva a concluir la importancia de tener programas de atención escalonada para el abuso de sustancias en lugar de estratificada, esto es poder aumentar la intensidad del tratamiento en cualquier momento y no únicamente basándose en una decisión inicial (Abrams, et al., 1996). En el caso revisado se presentó una aparente disminución de la sintomatología depresiva durante la segunda evaluación (3ª sesión), por lo que se tomó la decisión de no revisar estrategias conductuales específicas para el manejo de sintomatología depresiva; sin embargo, la disminución de estos síntomas no continuó y los puntajes posteriores se mantuvieron muy cercanos a la línea base obtenida en la evaluación, siendo importante tomar en cuenta la posibilidad de revisar dichas estrategias durante todo el tratamiento, con lo cual la posibilidad de mantener la abstinencia sin recaídas hubiera incrementado.

### **2.1.2 Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas**

El consumo de sustancias en adolescentes es un problema importante de salud pública debido a las dificultades a largo plazo que puede ocasionar, como son: alteraciones neuropsicológicas y calidad de sueño (Jacobus, Bava, Cohen-Zion, Mahmood y Tapert, 2009); riesgo de contraer enfermedades mentales (Rubino y Parolaro, 2008); aumenta la posibilidad de problemas mayores con el consumo de sustancias (Palmer, et al., 2009) y un mayor riesgo de conducta suicida (Bukstein, et al., 1993).

De acuerdo con la última encuesta de adicciones, el 1.6% de los y las adolescentes entre 12-17 años han consumido alguna sustancia ilegal, y el 1.3% ha consumido marihuana durante el último año (ENA: Reporte Drogas, 2011).

En una revisión reciente, realizada por Waldron y Turner, (2008), se encontró que la terapia cognitivo-conductual es uno de los enfoques que ha mostrado efectividad al reducir el consumo de sustancias en adolescentes. En nuestro país únicamente existen dos estudios de intervenciones para adolescentes (Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez, y Salazar, 2008; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, y Ayala, 2008), los cuales muestran una disminución significativa en el consumo de alcohol de los participantes, a pesar de estos resultados prometedores, el problema de la escasez de evidencia a este respecto se mantiene.

El objetivo del siguiente apartado es mostrar los efectos obtenidos como resultado de la aplicación de una intervención cognitivo-conductual, tanto en el patrón de consumo como en la autoeficacia situacional para evitar el consumo de sustancias, en un adolescente consumidor de marihuana.

#### ***2.1.2.1 Participante***

El participante fue un usuario de sexo masculino, de 15 años de edad, que cursaba el segundo semestre de bachillerato al ingresar a tratamiento. Asiste acompañado de su madre, posteriormente a que ésta le encuentra en casa fumando marihuana. Residía con su madre y con la pareja de ésta. Su inicio de consumo de marihuana fue a los 13 años; también había consumido en el último año metanfetaminas y LSD; presentó consumo de inhalables alguna vez en su vida.

### ***2.1.2.2 Instrumentos***

Para medir el patrón de consumo se utilizó la Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979), esta técnica se basa en registrar en un calendario los últimos 12 o 6 meses el consumo reportado por el usuario, se reporta confiabilidad test-retest que va desde .63 hasta .92 dependiendo si se trata de pacientes residenciales o ambulatorios.

Para medir el nivel de autoeficacia ante situaciones de consumo se utilizó en Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Annis y Martin, 1984), que consta de 8 escalas análogo-visuales en donde el usuario indica en una escala del 0% al 100% su nivel de autoeficacia situacional para mantenerse sin consumir, las situaciones que evalúa son: emociones desagradables, emociones agradables, momentos agradables con otros, malestar físico, conflicto con otros, necesidad física, probando autocontrol y presión social; dicho cuestionario fue adaptado para población mexicana por Echeverría y Ayala (1997).

Se aplicó además la entrevista estructurada del programa (Martínez, et al., 2004) que indaga datos sociodemográficos, consecuencias del consumo y variables relacionadas con la conducta de consumo y ambiente familiar; este cuestionario se construyó expreso para aplicarse al programa.

### ***2.1.2.3 Procedimiento***

El PIBA se llevó a cabo a partir de la segunda etapa conforme lo menciona el manual (Martínez, et al., 2004) debido a que al acudir los adolescentes al CEPREA ya fueron

previamente detectados en otros escenarios. De tal forma que las etapas que comprendió el programa son: (1) Evaluación: Se establece una línea a través de la aplicación de LIBARE y CCS respectivamente, además se aplica la entrevista inicial del programa; (2) Inducción: consta de una sesión cuyo objetivo es promover la disposición al cambio a través de estrategias de entrevista motivacional; (3) Tratamiento: Consta de cinco pasos que se trabajan individualmente, los cuales tienen una duración de 45 a 60 minutos una vez a la semana, cada sesión tiene objetivos particulares y se llevan a cabo a través de materiales especialmente diseñados para cada sesión (los cuales se pueden consultar en Martínez, et al., 2004); y (4) Seguimiento: comprende seguir evaluando el patrón de consumo y la autoeficacia, a los 6 meses de finalizado el tratamiento.

Los objetivos de cada uno de los pasos son los siguientes. Paso 1: Que el adolescente elabore un balance decisional y establezca una meta inicial de consumo. Paso 2: que el adolescente identifique situaciones de riesgo para su consumo de alcohol y/o drogas. Paso 3: Que el adolescente en conjunto con el terapeuta elabore estrategias para enfrentar las situaciones de consumo de alcohol y drogas. Paso 4: Que el adolescente analice el impacto que tiene el consumo de sustancias en el logro de sus metas a corto, mediano y largo plazo. Paso 5: Que el adolescente revise el progreso en la reducción del consumo y la ejecución de estrategias para mantener el cambio y, si es necesario, establezca una nueva meta de consumo. En este caso en particular, se dedicaron tres sesiones para revisar cada uno de los pasos (en total 15 sesiones) en los que por medio de técnicas derivadas de la Entrevista Motivacional, como la retroalimentación y aumentar la discrepancia, se trabajaba la poca disposición para el cambio del adolescente, lo anterior se llevó a cabo a consideración del terapeuta, pues el usuario mostraba dificultades para dominar las habilidades específicas de cada uno de los pasos.

### 2.1.2.4 Resultados y discusión

Como se observa en la Figura 2.3, se registró una reducción importante en el patrón de consumo del usuario, considerando la cantidad de pipas de mariguana cinco semanas antes del inicio del tratamiento; el cambio se observa a partir de la semana 49, posteriormente se mantuvo consumiendo por debajo de su patrón habitual; a partir de la semana 67, o sea, 12 semanas después de iniciar el tratamiento, el usuario alcanzó la abstinencia total, la cual se mantuvo hasta la semana 85, esto es 13 semanas después de finalizado el tratamiento. Sin embargo, a partir de esto se reanudó el consumo. Con respecto a la reinstalación de la conducta de consumo, el usuario refirió que el deseo intenso fue lo que trajo como consecuencia volver a consumir, sin embargo, es probable que varios factores como la falta de supervisión y el exceso de tiempo libre hayan aumentado las probabilidades de reanudar el consumo

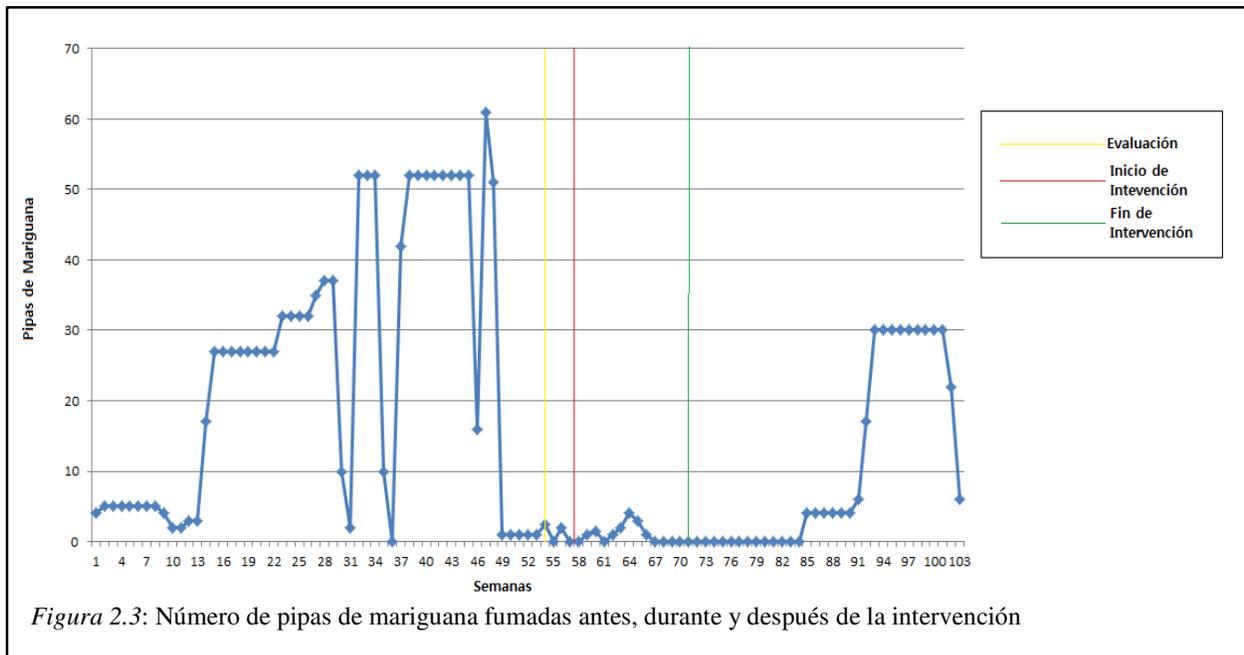


Figura 2.3: Número de pipas de mariguana fumadas antes, durante y después de la intervención

En cuanto a las ocasiones de consumo en la semana (Figura 2.4), se puede apreciar que hubo una disminución importante de las ocasiones de consumo antes del inicio de la intervención, para posteriormente alcanzar la abstinencia, a pesar de ellos, después al segundo seguimiento, en la semana 85 las ocasiones de consumo por semana se reinstalaron.

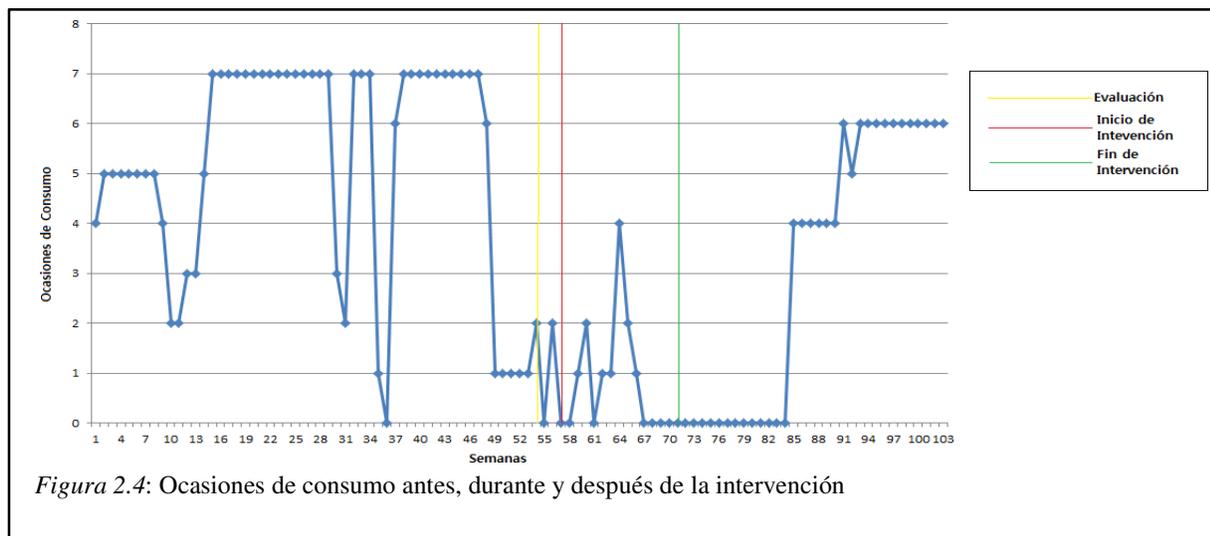
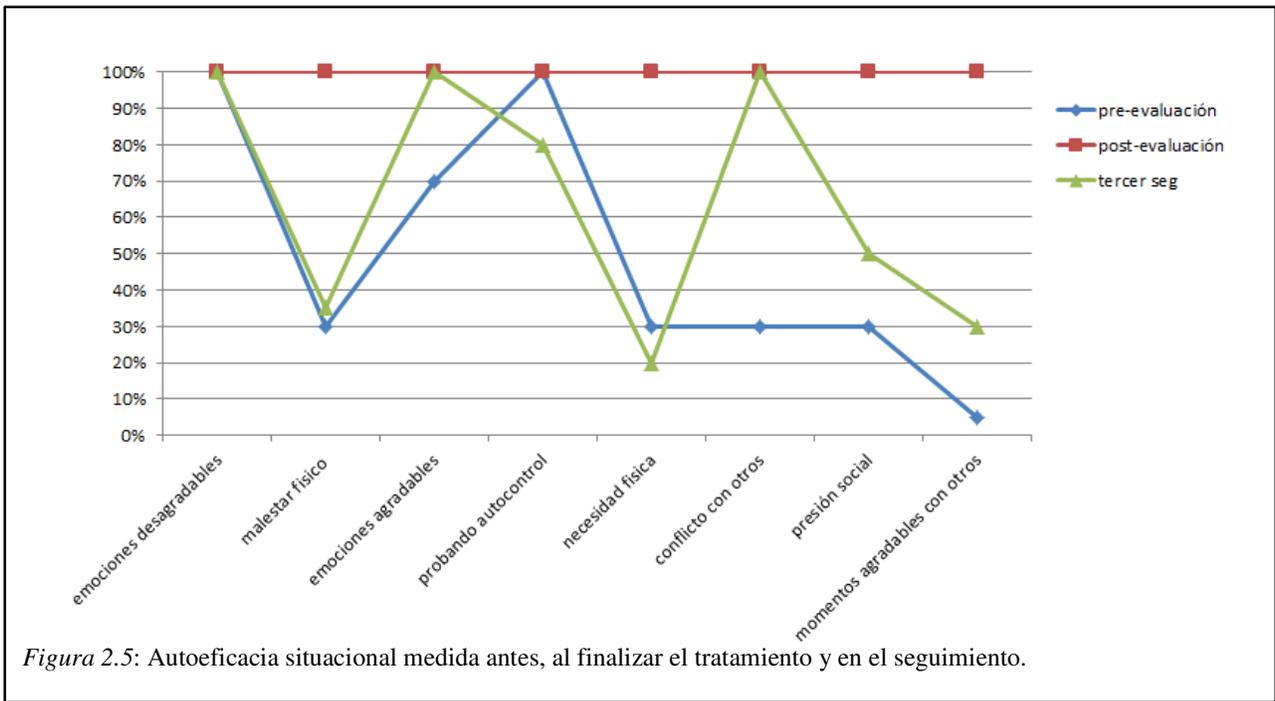


Figura 2.4: Ocasiones de consumo antes, durante y después de la intervención

La autoeficacia situacional para resistir el consumo (figura 2.5), se modificó durante el tratamiento: en la gráfica se observa un incremento posterior a la intervención, y una posterior disminución en los puntajes del CCS durante el tercer seguimiento.

Los resultados plantean uno de los principales problemas relacionados con la modificación de la conducta, el mantenimiento del cambio. De acuerdo a Bouton (2000) cuando existe un cambio de conducta, el aprendizaje relacionado con la conducta anterior no cambia, la posibilidad de la de recaída es mayor cuando no se han generalizado las nuevas respuestas fuera del contexto en que se aprendieron. Por otra parte, existen una serie de variables relacionadas con el mantenimiento de cambios conductuales (Schwarzer, 2008), como la percepción de riesgo de

regresar a la conducta anterior, las expectativas positivas del cambio conductual, la autoeficacia para mantener el cambio a largo plazo y la planeación de estrategias de afrontamiento, los cuales no fueron de manera directa manipulados o medidos durante el tratamiento, por lo que poco se puede saber de su influencia en los resultados.



En el caso revisado, la modalidad de tratamiento es para usuarios cuyo consumo apenas comienza y no cubren criterios de dependencia (Martínez, et al., 2004), además que no toma en consideración y no existen datos con respecto a su efectividad en adolescentes que tengan trastornos mentales, (en este caso en particular la madre del usuario comentó que había sido diagnosticado con trastorno depresivo moderado, sin embargo, no se realizó una medición formal de esta sintomatología) lo cual se conoce que influye de manera significativa en los resultados de los tratamiento para usuarios de sustancias (Minkoff, 1989). En el caso presentado una de las explicaciones alternativas ante la falta de mantenimiento de la abstinencia pudiera ser la

presencia de psicopatología, sin embargo, al no realizarse una evaluación estandarizada de esta variable, su influencia resulta incierta.

Es muy probable que este caso en particular se viera beneficiado por algún programa de tratamiento integral como terapia familiar conductual o terapia familiar multimodal, que son tratamientos que se ha demostrado impactan en la disminución del consumo de sustancias (Hawkins, 2009).

### **2.1.3 Tratamiento Integral para la Dependencia al Alcohol por una Vida Satisfactoria**

Cómo se ha mencionado, la evidencia sugiere que la comorbilidad, también conocida como trastorno dual (Torrens, 2008) entre un trastorno psiquiátrico y consumo de sustancias se asocia fuertemente con mayor severidad en los síntomas y con un pronóstico desfavorable (término también conocido como Patología Dual; Rachbiesel, Scott y Dixon, 1999).

Diversos estudios demuestran el impacto de la comorbilidad, por ejemplo, se ha observado que está asociada con conductas sexuales de riesgo (Carey, Carey, Maisto, Gordon y Venable, 2001), mayor número de hospitalizaciones e ingreso a salas de urgencias (Martín-Santos, et al, 2006), mayores tasas de desempleo (Kessler, 1995), conductas violentas y criminales (Sacks, et al, 2009), elevación de la tasa de suicidios (Aharonovich, Liu, Nunes y Hasrin, 2002), inestabilidad de vivienda (McNeil y Binder, 2005) y un pobre estado de salud (Rosenberg, et al., 2001; Dickey, Normand, Weiss, Drake y Azeni, 2002).

Revisiones recientes (Horsfall, Cleary, Hunt y Walter, 2009; Hesse, 2009) han encontrado que los tratamientos que se enfocan a la atención integral de ambos problemas tienen mayor efectividad, sin embargo, la evidencia al respecto es escasa y todavía se considera un enfoque promisorio que requiere más investigación.

Dada la necesidad de incrementar el número de intervenciones dirigidas a atender la comorbilidad, en la CTA se diseñó un programa que busca reducir el consumo y la sintomatología psiquiátrica. El objetivo de esta sección es mostrar los resultados de esta modalidad de tratamiento con un grupo de hombres y mujeres.

### ***2.1.3.1 Participantes***

Se incluyeron 4 consumidores de alcohol, los cuales eran pacientes de la CTA, sus edades variaban entre los 35 y 50 años, todos del sexo masculino, 75% eran solteros y habían participado en tratamientos previos por lo menos en una ocasión. Todos habían puntuado un nivel de dependencia severa (puntaje  $\geq 21$ ) en la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). Dos de ellos tenían estudios de licenciatura, uno bachillerato y uno posgrado. El consumo mensual de alcohol en promedio era de 113 tragos ( $S=133.73$ ). Las características específicas de los participantes se pueden observar en la tabla 2.1

### ***2.1.3.2 Instrumentos***

BEDA (Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983) para medir nivel de dependencia al alcohol, el cual consta de 15 reactivos con 4 opciones de respuesta que van de menor a mayor intensidad, el cual fue adaptado y validado en México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998).

LIBARE (Sobell, et al., 1979) para medir el patrón de consumo, cuyas características se mencionaron en la sección anterior.

Symptom Checklist 90 (SCL-90) para sintomatología psiquiátrica (Derogatis, 1994); es una escala que evalúa el grado de malestar psicológico del sujeto durante un periodo comprendido entre el día de la aplicación y la semana anterior. Evalúa a sujetos de la población general, así como a sujetos que padezcan distintos trastornos médicos (desde psiquiátricos hasta enfermedades crónicas). Es un instrumento autoaplicable que se sugiere para individuos a partir de los 18 años. Se ha utilizado como: a) instrumento de tamizaje; b) en el seguimiento del curso de distintos padecimientos crónicos y c) en la valoración de la recuperación del paciente tras una intervención psicoterapéutica particular. Está constituido por 90 reactivos tipo Likert que van desde el cero (no del todo) hasta cuatro (extremadamente), sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en población mexicana (Cruz-Fuentes, López-Bello, Blas-García, González-Macías y Chavez-Baldera, 2005); presenta consistencia interna entre .66 hasta .92 para sus subescalas.

Tabla 2.1.  
*Demográficos y características basales de los participantes*

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
<i>Demográficos</i>				
Edad	49	50	46	35
Sexo	masculino	masculino	masculino	masculino
Estado Civil	soltero	unión libre	soltero	soltero
Tratamientos previos	si	no	si	si
Escolaridad	licenciatura	preparatoria	posgrado	licenciatura
Tragos al mes	139.3	292.0	2.9	19.2
Ocasiones por mes	5.3	26.4	0.6	1.6
<i>Puntajes en SCL-90</i>				
Somatización	1.4	0.2	1	0.75
Obsesión compulsión	2.4	1.4	1	1.5
Sensibilidad Interpersonal	2.6	0.2	1.6	1.7
Depresión	2.6	1.2	1.2	1.6
Ansiedad	2.4	0.2	0.8	1.2
Hostilidad	1	0.5	1	0.6
Ansiedad Fóbica	1.2	0	0.6	0.7
Paranoia	1.4	1.2	0.8	1.3
Psicoticismo	2.4	0.9	0.6	1.6
Índice de Severidad Global	2.1	0.7	1	1.3
<i>Puntajes Escala de Satisfacción General</i>				
Consumo/Sobriedad	3	10	7	4
Progreso en el Trabajo o en la Escuela	3	8	6	8
Manejo del Dinero	2	8	5	6
Vida Social y Recreativa	5	8	4	4
Hábitos Personales	8	9	6	8
Relaciones Familiares o Matrimoniales	8	9	7	4
Situación Legal	3	10	8	9
Vida Emocional	4	7	8	3
Comunicación	7	8	7	4
Satisfacción General	6	8	8	6

Escala de Satisfacción General (ESG; Azrin, Naster y Jones, 1973) para medir satisfacción de vida; consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del

individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son: 1) Consumo/Sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del Dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales y 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General. Detecta el nivel de satisfacción general que identifica el individuo con su vida cotidiana y los diferentes niveles de satisfacción en áreas específicas de funcionamiento

### ***2.1.3.3 Procedimiento***

La intervención se llevó a cabo en tres fases: (1) evaluación: los participantes se presentaron a una sesión diseñada exclusivamente para la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados; (2) tratamiento: constó de 12 sesiones grupales semanales de 2 horas cada una, cuyo objetivo era el desarrollo de habilidades de afrontamiento para el consumo de alcohol y la sintomatología psiquiátrica; (3) evaluación pos tratamiento y seguimiento: posterior a la finalización de tratamiento se aplicaron nuevamente ESG, LIBARE y SCL-90 para conocer el efecto del tratamiento en el nivel de satisfacción de vida, patrón de consumo y sintomatología psiquiátrica. Las 12 sesiones semanales comprendían los siguientes componentes: Importancia de tomar el medicamento psiquiátrico; ¿Qué es el diagnóstico dual y cómo manejarlo?; análisis funcional de la conducta de consumo; Manejo del deseo de consumo de alcohol; Habilidades de rechazo asertivo; Control de enojo y celos; Control de ansiedad; Control de síntomas depresivos; Metas de vida; Solución de problemas; Habilidades de comunicación y Prevención de recaídas. Los detalles de las sesiones, así como los materiales y la estructura de cada uno se encuentra en la tesis de maestría de Mejía (2012).

1 SESION		Importancia de tomar mi medicamento psiquiátrico	El objetivo de la sesión es que los participantes comprendan la importancia de usar sus medicamentos psiquiátricos como apoyo para alcanzar su meta de abstinencia y disminuir su sintomatología psiquiátrica comorbida.
2 SESION		¿Qué es el diagnóstico dual y cómo se maneja?	El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan qué es el diagnóstico dual, la importancia de apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para controlar los síntomas psiquiátricos que se les puedan presentar
3 SESION		¿Por qué se consume alcohol?	El objetivo de la sesión es analizar la conducta de consumo de los participantes y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas de sobriedad.
4 SESION		¿Cómo controlo mi deseo de consumo?	El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes a identificar y a manejar el deseo de consumir alcohol.
5 SESION		Rehusarse al consumo	El objetivo de la sesión es que los participantes aprendan a enfrentar situaciones de riesgo de consumo externas e internas eficazmente mediante el aprendizaje y utilización de las habilidades de rehusarse al consumo.
6 SESION		¿Cómo controlo mi enojo y mis celos?	El objetivo de la sesión es que los participantes aprendan las estrategias necesarias para el control de la intensidad y la duración de las emociones desagradables de enojo y celos para favorecer el mantenimiento de su abstinencia.
7 SESION		¿Cómo controlo mi Ansiedad?	El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan el espectro de problemas que genera la ansiedad, como se clasifica esta psiquiátricamente, la importancia de apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para el control de la intensidad y la duración de la ansiedad.
8 SESION		¿Cómo controlo mi depresión?	El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan el espectro de problemas que genera la depresión, como se clasifica esta psiquiátricamente, la importancia de apegarse al medicamento y así mismo aprendan estrategias para el control de la tristeza
9 SESION		¿Cómo hacer un plan de Vida?	El objetivo de la sesión es que los participantes adquieran habilidades para establecer metas en las diferentes áreas de su vida cotidiana, planes y períodos para su consecución..
10 SESION		¿Cómo solucionar problemas?	El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes conductas efectivas de enfrentamiento ante situaciones difíciles de su vida cotidiana.
11 SESION		Habilidades de comunicación	El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes una serie de habilidades que los ayuden a mejorar la comunicación entre él y las personas con las que convive.
12 SESION		Planes de emergencia y enfrentamiento de caídas al consumo	El objetivo de la sesión es enseñar a los participantes a aprender a prevenir el consumo de alcohol y/o drogas, identificando posibles situaciones de riesgo y haciendo planes de acción para prepararse a enfrentar con eficiencia y sin consumo situaciones difíciles a futuro

Figura 2.6 Componentes de la intervención (tomado de Mejía, 2012)

#### ***2.1.3.4 Resultados y discusión***

En la figura 2.7 se muestra cómo el patrón de consumo, definido como número de tragos estándar al mes, se ve modificado después de la intervención. En los cuatro casos, el número de copas fue monitoreado utilizando la LIBARE 12 meses antes de la intervención. Los dos primeros casos (figura 2.6 parte superior izquierda y derecha) muestran reducción hasta llegar a la abstinencia; en el tercer caso (Figura 2.6 parte inferior izquierda) se observa consumo durante el tratamiento y abstinencia durante los seguimientos; mientras que el cuarto caso (Figura 2.7 parte inferior derecha) muestra disminución en el patrón de consumo, sin llegar a la abstinencia.

Con respecto a las ocasiones de consumo (Figura 2.7) los participantes mostraron una disminución importante posterior al tratamiento, se puede observar una disminución importante en todos los casos cuando se realiza el último seguimiento, con excepción del primer caso, donde se presentó un episodio de consumo; sin embargo, la disminución resulta importante si tomamos en cuenta que presentaba aproximadamente 30 ocasiones de consumo a la semana.

En la figura 2.8 se observa la modificación de la psicopatología presentada por los usuarios después del tratamiento. En los cuatro casos se presentó una disminución en todas las escalas que comprende el SCL-90, mostrando los casos 1 y 2 (Figura X parte superior izquierda y derecha) una disminución constante hasta el 4° Seguimiento.

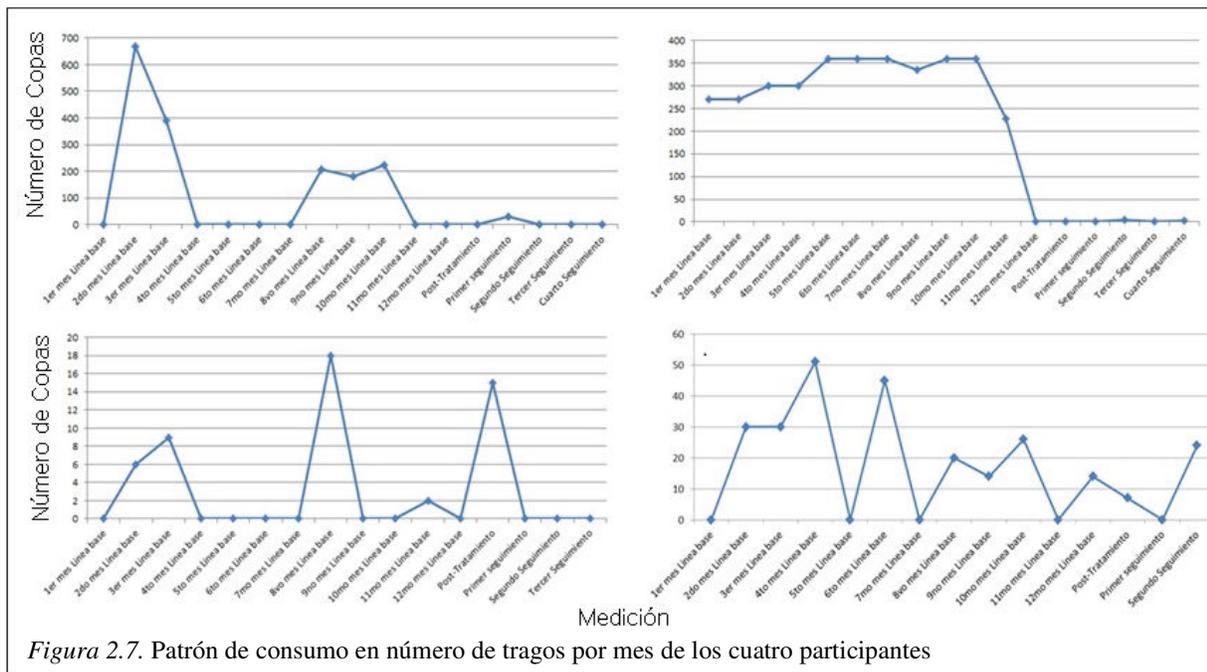


Figura 2.7. Patrón de consumo en número de tragos por mes de los cuatro participantes

En la figura 2.9 se presenta los cambios en la satisfacción de vida después de la intervención. En todos los casos se presenta un incremento de satisfacción en casi todas las áreas, que se da al final de tratamiento y se mantiene durante los seguimientos. En el caso 4 (Figura 2.9 parte inferior derecha) se observa una disminución de la satisfacción con respecto a la evaluación post-tratamiento, sin embargo, el puntaje en dicho seguimiento fue mayor al de la valoración pre-tratamiento.

En resumen se pueden observar cambios en los cuatro casos presentados tanto en patrón de consumo, psicopatología y satisfacción general. A pesar de que los cambios en un caso no fueran tan pronunciado (Caso 4), en términos generales los resultados obtenidos nos hacen pensar que este es un tratamiento promisorio, sin embargo, requiere ciertas características para que se acepte con un tratamiento eficaz bien establecido (ver Chambless, et al., 1998).

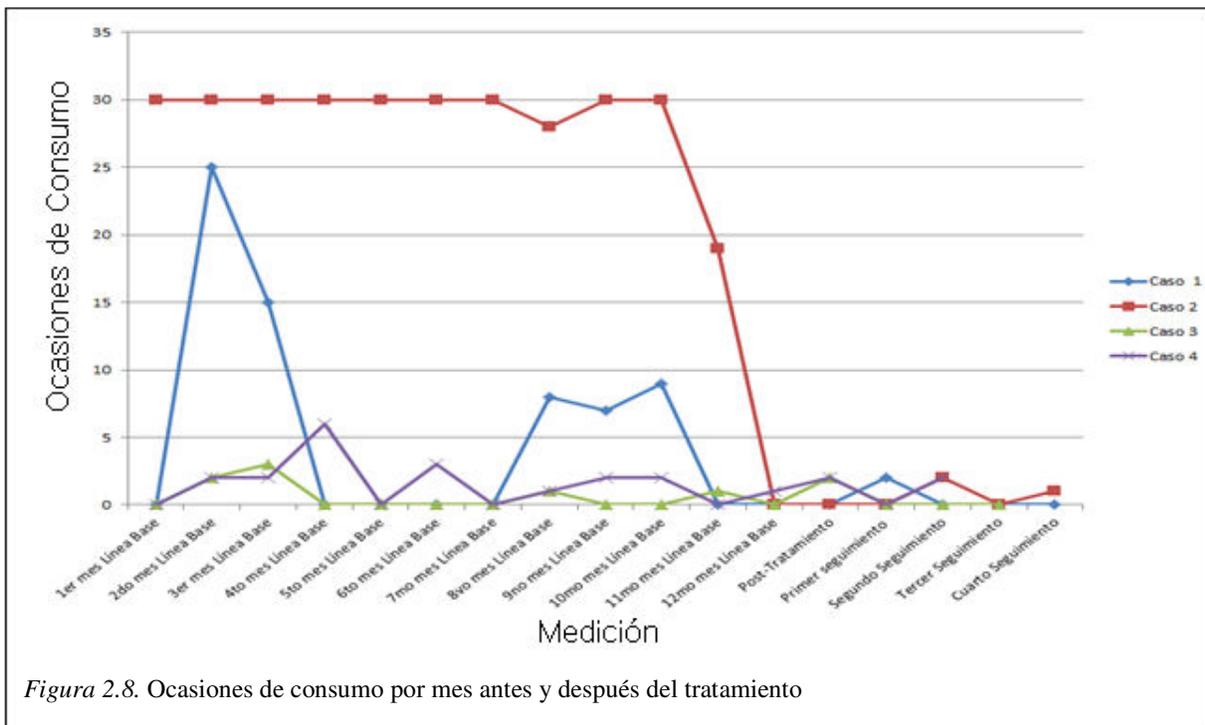


Figura 2.8. Ocasiones de consumo por mes antes y después del tratamiento

Entre los componentes que resultan efectivos para que los tratamientos psicosociales para el consumo de sustancias sean efectivos tenemos: trabajo con la autoeficacia, desarrollo de habilidades de afrontamiento, actividades recompensantes, normas y modelos de abstinencia, apoyo, estructura y dirección hacia una meta (Moos, 2007).

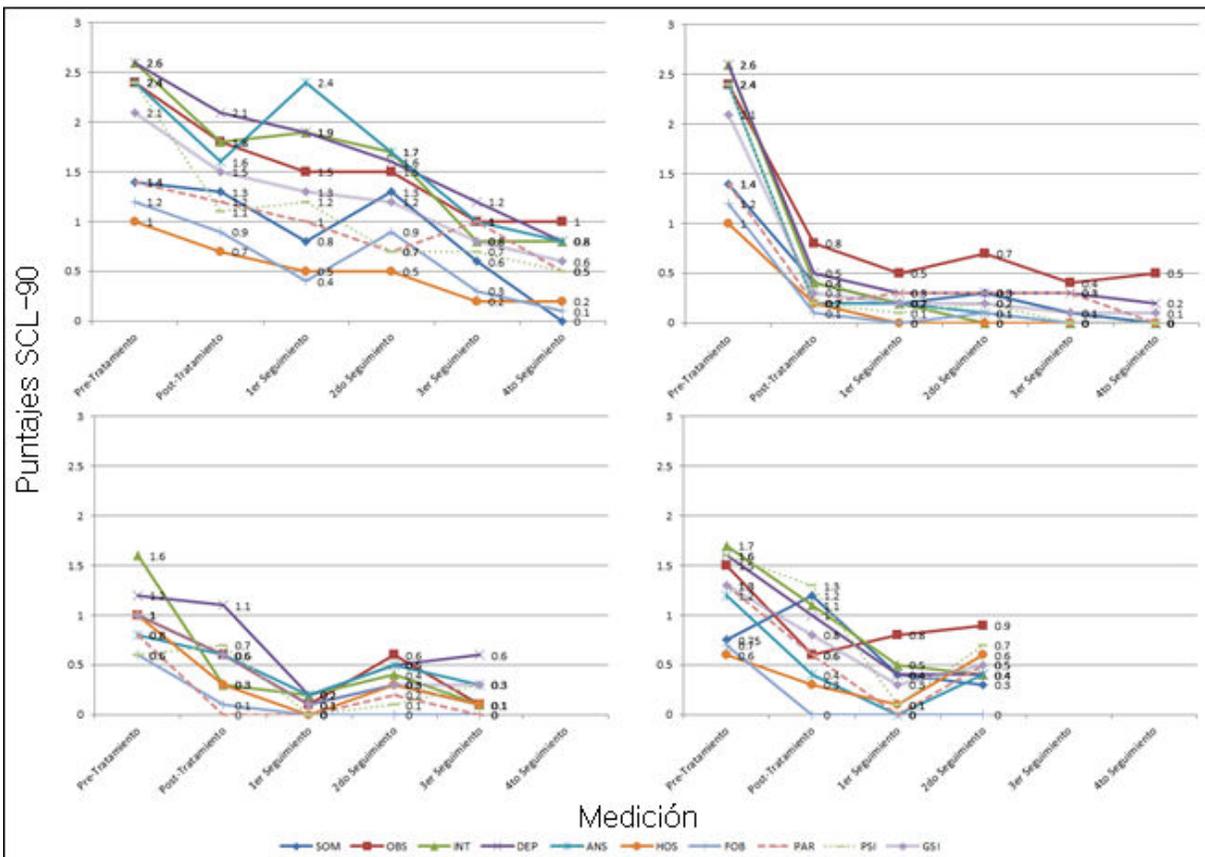
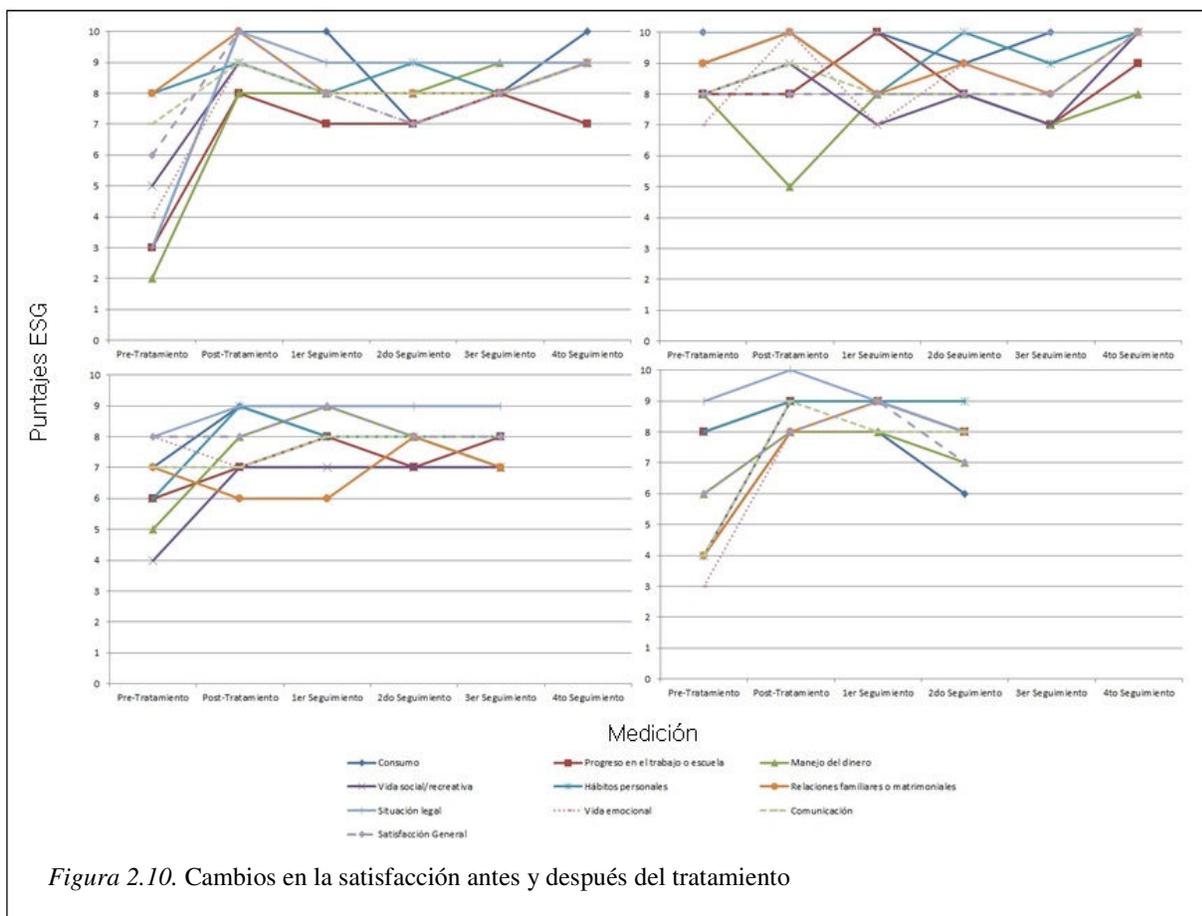


Figura 2.9. Variación en la psicopatología antes y después del tratamiento

La modalidad empleada con los pacientes de este grupo incluyó algunos de esos componentes como el trabajo constante para orientar a actividades recreativas sin consumo de alcohol, la revisión de estrategias para el manejo de sintomatología psiquiátrica, el enfoque estructurado de las sesiones, la promoción constante de la interacción entre los participantes a las sesiones, entre otros; probablemente los cambios positivos que se observaron se relacionan con esos elementos pero no se cuenta con datos que respalden esta suposición.



Sin embargo, uno de los factores que pudiera restar validez a los datos mencionados es el método por medio del cual se constata el consumo o abstinencia de alcohol, debido a que las mediciones basadas en el auto-reporte pueden ver comprometida su confiabilidad cuando se presentan patrones de consumo excesivo como en el caso de uno de los participantes que presentó en la línea base un consumo de más de 250 tragos en promedio al mes. Cuando se busca tener certeza en las mediciones de alcohol para fines de investigación, se recomienda utilizar la técnica de reporte de un colateral (que puede ser una persona cercana al usuario que pueda brindar información en relación al consumo de éste) además del auto-reporte cuando no exista el acceso al uso de biomarcadores (Babor, et al., 2000).

## **2.2 Actividades académicas complementarias**

Además de la atención a consumidores de sustancias, durante la residencia de Psicología de las adicciones se llevaron a cabo actividades académicas. A continuación se presentan las más representativas.

### **2.2.1 Participación en reuniones científicas**

En el evento se presentaron dos trabajos de investigación, uno en forma de cartel y uno en presentación oral, el primero de ellos era un análisis secundario de resultados de un estudio que comparaba la efectividad de tres modalidades de tratamiento para fumadores con sintomatología depresiva, mientras que el segundo es un estudio descriptivo de las características de un grupo de consumidores de alcohol con un trastorno psiquiátrico comórbido previo a su ingreso a un tratamiento cognitivo conductual; ambos se reseñan a continuación.

#### ***2.2.1.1 Cartel “Retención en Fumadores en Tres Modalidades de Tratamiento Farmacológico Contra el Tabaquismo”***

En el mundo, cerca de 4 millones de personas mueren cada año debido a padecimientos vinculados al consumo de tabaco lo cual impacta gravemente en el desarrollo económico y social de los países; por este motivo se han desarrollado tratamientos encaminados a conseguir que los fumadores dejen de consumir, entre los que se encuentran los tratamientos integrales que incluyen terapia psicológica (TP) y farmacológica (TF). El objetivo de este estudio fue comparar -por medio de un análisis de supervivencia- si existen diferencias en la retención entre diferentes

tratamientos farmacológicos. Se utilizó un diseño longitudinal prospectivo en una muestra de 145 fumadores quienes asistieron al Centro de Prevención y Atención a las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM en los meses de Septiembre a Diciembre de 2009. Los fumadores se asignaron aleatoriamente a una de las 3 posibles condiciones: Parche Transdérmico de Nicotina, Bupropión y/o Parche Transdérmico de Nicotina + Bupropión. Todos los participantes recibieron una intervención cognitivo-conductual. Con los datos obtenidos se realizó un análisis del método del límite de producto de Kaplan-Meir. Los resultados no mostraron diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0.990$ ) lo que indica que la tasa de retención en los tratamientos es similar (Pérez-López, Villalobos-Gallegos, Moreno-Coutiño, 2012).

#### ***2.2.1.2 Presentación oral “Características Sociodemográficas y Psicopatología De Pacientes Duales en Tratamiento Psicológico por Consumo Problemático de Alcohol”.***

El pronóstico y situación general de los pacientes con un trastorno psiquiátrico empeora cuando existe consumo de sustancias. El objetivo de este trabajo es conocer las características previas al ingreso a un tratamiento grupal para pacientes con diagnóstico psiquiátricos y consumo problemático de alcohol. Se utilizó un diseño transversal en una muestra de 37 pacientes de ambos sexos que fueron referidos a tratamiento psicológico para problemas por consumo de alcohol en la Clínica de Trastornos Adictivos en los meses de mayo a diciembre de 2011; fueron evaluados utilizando una Ficha de Datos Sociodemográficos, Ficha Clínica de Consumo, LIBARE, BEDA y SCL-90. 56.7% declararon como trunco el último grado de estudios, 64.8% no tenían actividad laboral estable, 67.5% no tenían pareja; 62.2% presentaban Dependencia severa; obtuvieron un Índice de Severidad Global de sintomatología psiquiatría de 1.11, la sintomatología con mayor presencia fue depresiva (DEP=1.5) y melancólica (EA=1.5);

refirieron un promedio de tragos por ocasión de consumo de 12.95 (DE=7.64) y una media de consumo semanal de 45.02 (DE=58.77) tragos. Los pacientes mostraron variabilidad y heterogeneidad en sus resultados, pero en su gran mayoría mostraron problemas significativos con respecto a su consumo de alcohol y un patrón de consumo excesivo (Villalobos-Gallegos, Mejía-Cruz, Barragán-Torres, Zelonka-Gil y Marín-Navarrete, 2012).

## **2.2.2 Publicaciones**

La difusión del trabajo de investigación y sus resultados a través de publicaciones periódicas es otra de las actividades que se realizó durante la residencia, a continuación se presenta una reseña de dicho documento.

### ***2.2.2.1 Validación del Cuestionario de Craving de Nicotina***

El craving en fumadores es uno de los problemas principales del tratamiento del tabaquismo. El presente trabajo tuvo como objetivo la elaboración de un cuestionario de auto-reporte del deseo de fumar. El proceso de desarrollo se llevó a cabo en dos etapas: construcción de reactivos por medio del método de redes semánticas naturales modificadas, el cual se aplicó a 42 fumadores; posteriormente se aplicó la primera versión del cuestionario a 222 fumadores. Se obtuvo la consistencia interna y se realizó un análisis de discriminación de reactivos; posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal con un método de componentes principales. Los resultados arrojaron 12 reactivos en tres factores, que explican 76% de la varianza total y un alfa de Chronbach=0.92. (Villalobos-Gallegos, Marín Navarrete, Templos-Núñez y Rosendo-Robles, 2012).

**CAPITULO 3: ESTUDIO  
TRANSVERSAL DE CONSUMO DE  
TABACO EN TRABAJADORES DE UN  
HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

### **3. Estudio Transversal de Consumo de Tabaco en Trabajadores de un Hospital de Tercer Nivel.**

#### **RESUMEN**

El consumo de tabaco es la primera causa previsible de muerte en el mundo, los estudios realizados a poblaciones que trabajan en hospitales muestran que su consumo de tabaco es mayor que el de la población general. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de tabaquismo y características asociadas en un Hospital de Tercer Nivel. Se aplicó un cuestionario de auto reporte a 1004 trabajadores en un establecimiento hospitalario el cual contenía preguntas para evaluar el tabaquismo, así como el FTND y la CSD para evaluar dependencia a nicotina. Se encontró que el 23.4% de los trabajadores consumieron tabaco en el último año, 9.1% fuman todos los días, la mayoría de los fumadores son del sexo masculino entre 20 y 31 años. Se discuten las implicaciones de estos resultados desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento.

#### **3.1 Antecedentes**

El tabaquismo es la principal causa previsible de muerte en el mundo (World Health Organization, 2008) y el cuarto factor de riesgo que causa más años de vida potencialmente perdidos (DALYs; Murray y Lopez, 1997), como se ha venido mencionando con anterioridad, es un factor de riesgo importante para diversas enfermedades con consecuencias fatales como el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica obstructiva y las enfermedades isquémicas, entre otras (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Los daños a la salud producidos por esta epidemia provocan un importante gasto en atención médica, del cual únicamente se han cuantificado 12,108 millones de pesos en un estudio realizado hace casi una década sobre el costo atribuible por enfermedades derivadas del consumo de tabaco en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (Reynales-Shigematsu, et al., 2004), esto resultaría en una cantidad significativamente mayor si tomamos en cuenta a los pacientes de otras instituciones públicas y privadas, ajustáramos a la inflación y al crecimiento del número de habitantes.

Algunos estudios recientes han encontrado que cuando el personal médico de un establecimiento consume tabaco, las acciones que llevarán a cabo para promover la abstinencia en pacientes fumadores son significativamente menores (Jian, et al., 2007), especialmente en lo que se refiere a establecer planes para dejar de fumar, prescribir medicamentos o referir a servicios especializados (Pipe, Sorensen y Reid, 2009).

En México y en el mundo se han concretado diversos esfuerzos por conocer la cantidad de fumadores entre poblaciones de trabajadores de hospitales, en la mayoría de los casos estos estudios se han enfocado en médicos y se han llevado a cabo con muestras relativamente pequeñas (Salmeron-Castro, Arillo-Santillán, Campuzano-Rincón, López-Antuñano y Lazcano-Ponce, 2002), en ellos los resultados han variado entre 12% y 61% de prevalencia de tabaquismo en el último año.

Sin embargo, este tipo de trabajos ha dejado de realizarse. Como consecuencia, el último estudio de esta índole es un estudio comparativo entre profesionales de la salud (médicos y

enfermeras) y otros profesionistas, cual se llevó a cabo hace casi 10 años (Arenas-Monreal, Jasso-Victoria, Hernández-Tezoquipa, Martínez y Menjivar-Rubio, 2004), por lo que no se cuenta con información reciente a este respecto.

Este trabajo tiene tres objetivos: 1) conocer la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores de un hospital de tercer nivel; 2) determinar las características de los fumadores regulares; y 3) conocer las propiedades de los instrumentos utilizados para evaluar la dependencia a la nicotina en fumadores regulares.

### **3.2 Método**

De acuerdo a la clasifica de Röhring y colaboradores (2009) se trata de una Investigación primaria, epidemiológica, observacional, transversal.

#### **3.2.1 Participantes**

Inicialmente se consideró incluir en el estudio a todo el personal de planta, al ser tomados como una población cautiva por encontrarse en su área laboral y debido a que la intención principal del estudio era tamizar en su totalidad a esta población.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, fue imposible reclutar a la totalidad de los trabajadores del hospital; a quienes se presentaron a contestar el cuestionario, se les solicitó su consentimiento por escrito para participar en él. Finalmente se excluyó a quienes accedieron a ser parte del estudio pero no contestaron el 20% de los reactivos del instrumento aplicado. La

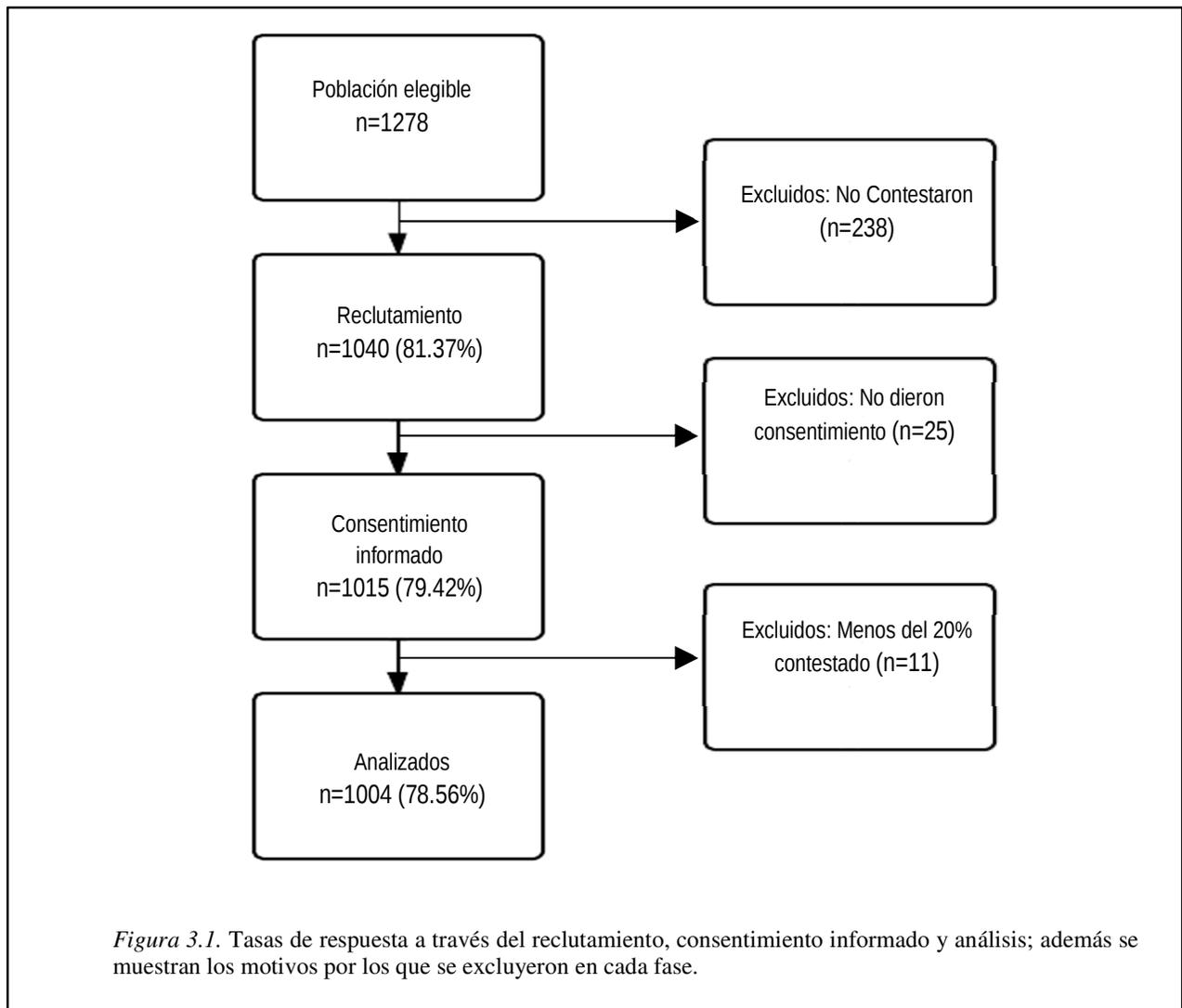
muestra analizada fue de 1004 hombres y mujeres trabajadores de planta del Hospital en cuestión. En la figura 3.1 se muestran las tasas de respuesta en comparación con la población total, así como los números absolutos de los reclutados, que firmaron consentimiento informado y los analizados.

### **3.2.2 Instrumentos**

Se utilizó un cuestionario de autoreporte, el cual contenía preguntas que indagaron las siguientes variables: demográficos (edad, sexo, estado civil, nivel académico y años de estudios), prevalencia de consumo de tabaco, nivel de dependencia de nicotina, patrón de consumo ocasional, edad de cesación e intentos para dejar de fumar. Para medir dependencia a nicotina el instrumento incluyó los reactivos FNMT (Heatherton, et al., 1991) y de la CDS-12 (Etter, Le Houezec y Perneger, 2003).

### **3.2.3 Procedimiento**

La presente investigación inicia con el desarrollo del instrumento para levantar los datos, el cual fue revisado y aprobado tanto por la Subdirección de Salud Pública como por el Comité de Ética del establecimiento, quienes realizaron observaciones antes de la aplicación del mismo.



El levantamiento de los datos se llevó a cabo en conjunto con la Subdirección de Salud Pública y del personal del departamento de pagos, lo cuales distribuyeron los cuestionarios a través del siguiente procedimiento: el autor principal del reporte fue responsable de transportar los cuestionarios sin contestar en cajas de cartón al área donde se realiza la firma de nómina dos días antes de que dicha actividad se llevara a cabo, los miembros del departamento de pagos entregaban a cada una de las personas que asistían un cuestionario mencionando la importancia de contestar el mismo, los cuales iban depositando en sobres para evitar vulnerar la

confidencialidad de los participantes; finalizada la aplicación, el mismo autor principal recogió los cuestionarios para posteriormente transportarlos al lugar donde se hizo el resguardo de estos, después se identificó cada uno de los formatos por medio de un número de folio.

Las respuestas de los cuestionarios se vaciaron en una base de datos electrónica utilizando el programa SPSS 19, los cuales se analizaron en cada una de las variables mencionadas con anterioridad a través de un análisis de frecuencias en que se compararán por edad, sexo, grado de estudios, estado civil. Se utilizarán análisis paramétricos o no paramétricos de acuerdo al nivel de medición de las variables, para conocer si existieron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de las variables entre los distintos grupos de población (hombres versus mujeres; personal de salud versus personal médico versus personal de otros servicios). Posteriormente se efectuó un análisis de consistencia interna y análisis factorial en los cuestionarios para medir dependencia a nicotina.

### **3.3 Resultados**

#### **3.3.1 Características de los participantes.**

Con un promedio de edad de 32 años, 57% mujeres, 45% que cursaron el bachillerato, casi la mitad (51%) laboran dando servicios de salud (personal médico o de enfermería). El resto de sus demográficos se presentan en la tabla 3.1.

Tabla 3.1.  
Variables sociodemográficas de los participantes

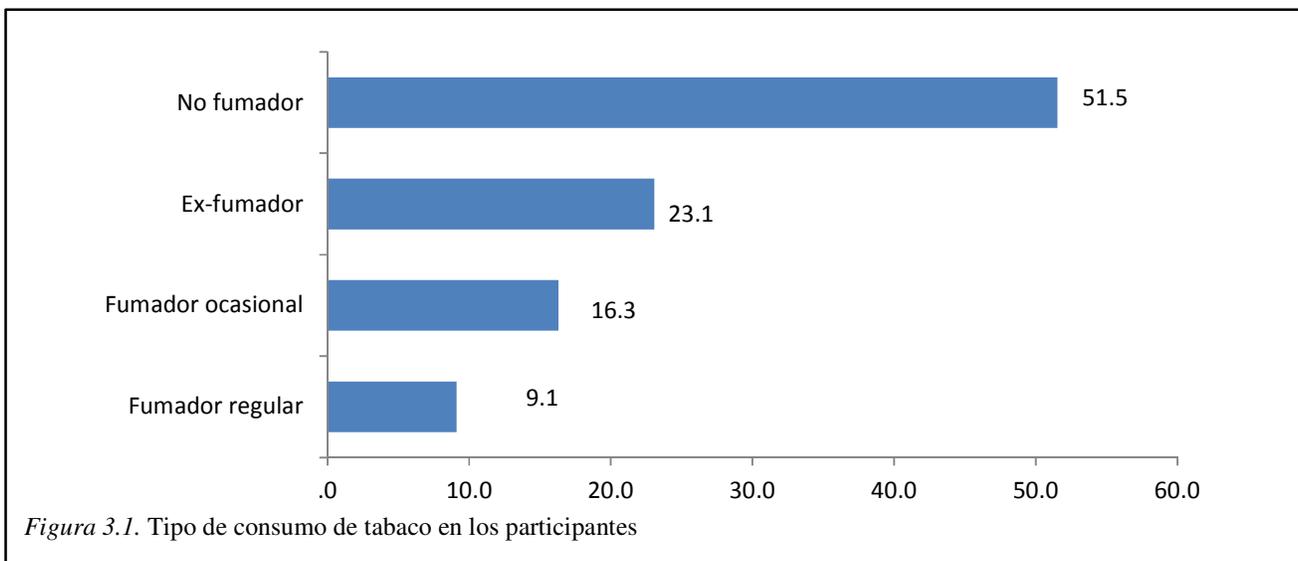
	Mujeres n=562 <sup>a</sup>		Hombres n=418 <sup>a</sup>		Total n=1004	
	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]
<i>Edad:</i>	$\bar{X}$ =32.0 (7.1)	[31.4-32.6]	$\bar{X}$ =32.2 (7.2)	[31.4-32.9]	$\bar{X}$ =32.1 (7.4)	[31.6-32.5]
<i>Antigüedad (Años)</i>	$\bar{X}$ =7.4 (6.0)	[6.9-7.9]	$\bar{X}$ =7.2 (6.7)	[6.5-7.8]	$\bar{X}$ =7.3 (6.3)	[6.9-7.7]
<i>Años de estudios</i>	$\bar{X}$ =13.8 (3.7)	[13.4-14.1]	$\bar{X}$ =14.0 (4.7)	[13.5-14.4]	$\bar{X}$ =13.8 (4.3)	[13.6-14.1]
<i>Tipo de Actividad Laboral (%)</i>						
Administrativo:	24.8	[21.2-28.4]	10.4	[7.4-13.4]	18.8	[16.3-21.2]
Salud :	55.1	[50.8-59.2]	50.6	[45.7-55.5]	53.0	[49.9-56.2]
Servicios:	20.1	[16.7-23.4]	39.0	[34.1-43.7]	28.0	[25.2-30.9]
<i>Estado Civil (%)</i>						
Unión libre	9.7	[7.2-12.2]	11.3	[8.1-14.3]	10.4	[8.3-12.3]
Soltera/o	50.4	[46.1-54.6]	32.8	[28.2-37.4]	43.0	[39.8-46.1]
Casada/o	38.4	[34.2-42.5]	53.9	[48.9-58.7]	44.9	[41.7-48.1]
Divorciada/o	.7	[.01-1.4]	1.7	[.4-3.0]	1.2	[.4-1.8]
Separada/o	.6	[<.001-1.1]	.3	[<.001-.7]	.4	[.008-.8]
Viuda/o	.2	[<.001-.5]	0	[0-0]	.1	[<.001-.3]
<i>Porcentaje del Total (%)</i>	57.3	[54.2-60.4]	42.7	[39.5-45.7]		

<sup>a</sup> Como se puede apreciar la suma de los participantes del sexo femenino y masculino no es igual a el total de los participantes, esto se debe a datos perdidos del sexo de 24 participantes.

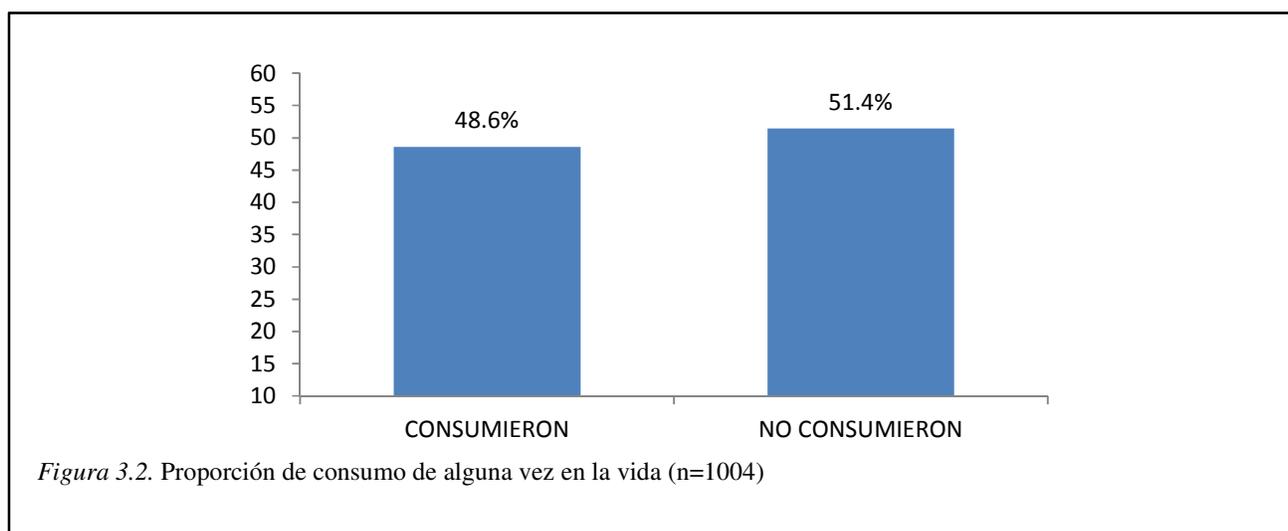
### 3.3.2 Consumo de tabaco.

La mayoría de los participantes refirieron ser no fumadores (nunca haber probado el tabaco en su vida) y 25.4% ha fumado en el último año, la distribución se puede apreciar en la figura 3.1. Con respecto a los fumadores del último año, se observa que la mayoría de ellos son fumadores ocasionales, aproximadamente en una proporción de 2 fumadores ocasionales por 1

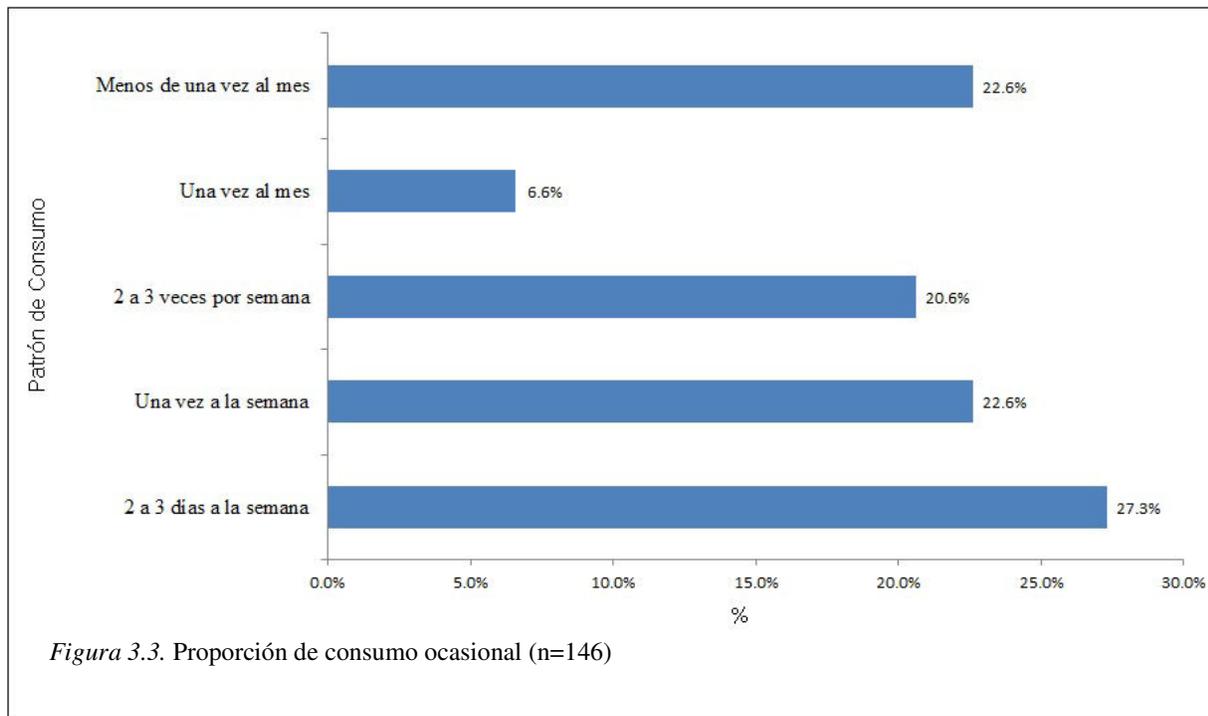
fumador regular, como se observa en la figura 3.1. Con respecto a la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se observa que poco más de la mitad de los participantes han fumado por lo menos una vez en la vida, esto se puede observar en la figura 3.2.



Con respecto a la edad de inicio de consumo, el promedio de los participantes fue a los 17.38 años ( $S=3.99$ ), mientras que el consumo regular se inició a los 20.38 años ( $S=4.91$ ), al llevar a cabo una comparación estadística entre la edad de inicio de los fumadores regulares y los fumadores ocasionales las diferencias son marginales ( $t_{226}=1.2, p> 0.05$ ).

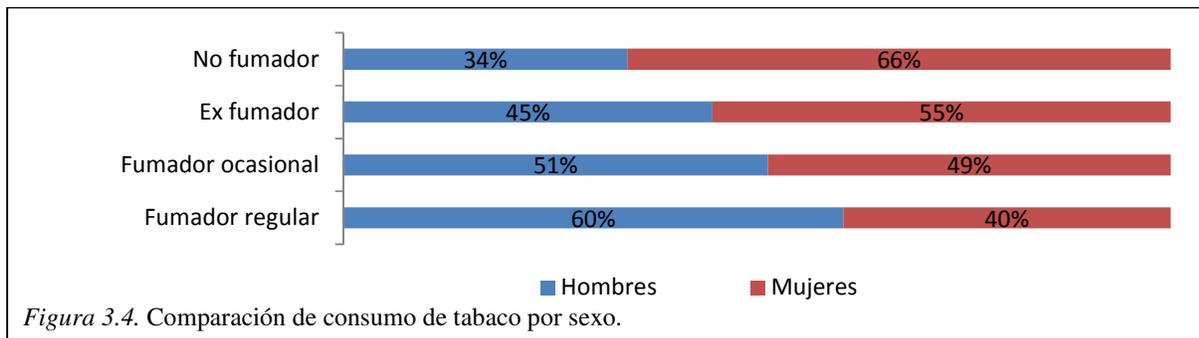


El tipo de consumo más común en fumadores ocasionales es el consumo cada dos o tres semanas, esto se puede observar en la figura 3.3. Los fumadores regulares consumen en promedio 4.3 cigarrros diarios. El promedio de edad de cesación es de 24.12 años (S=6.69), quienes lograron dejar de fumar lo hicieron en su mayoría en un intento.

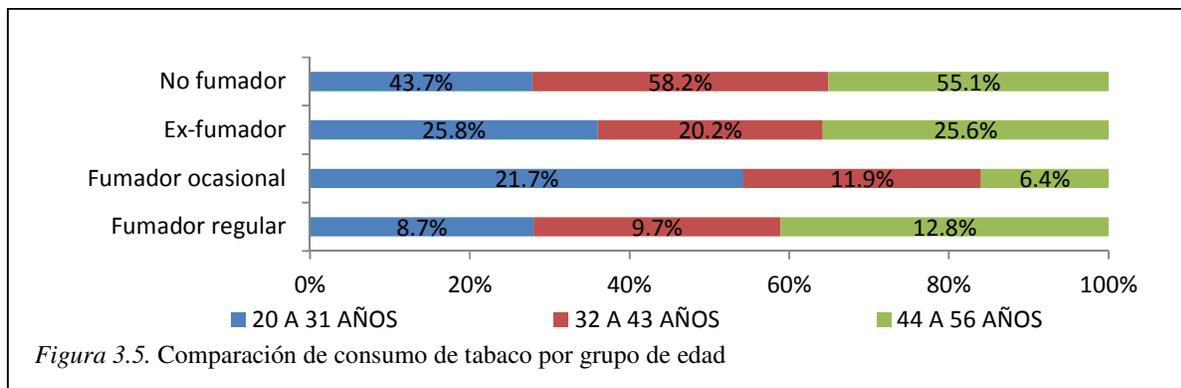


### 3.3.3 Distribución del consumo por sexo, edad y escolaridad.

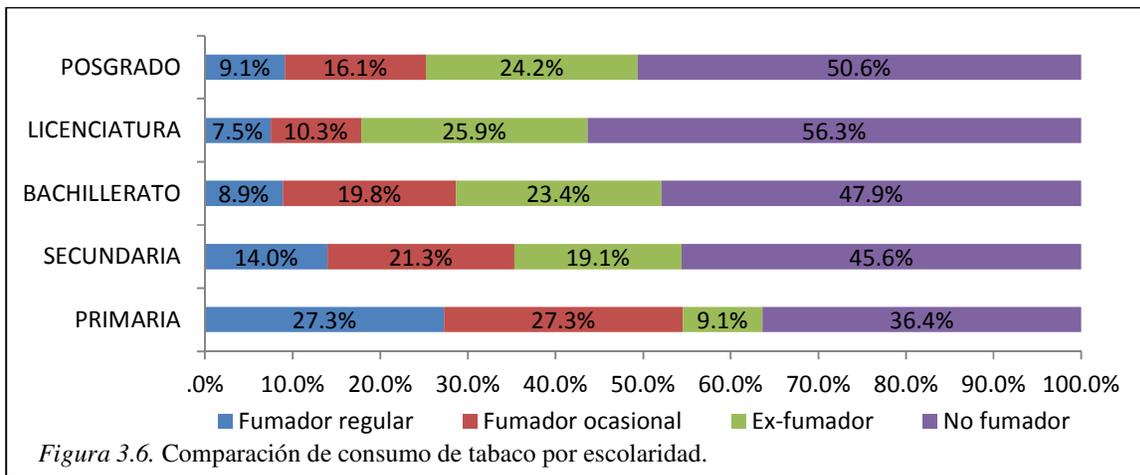
El consumo en el último año es significativamente menor en mujeres que en hombres ( $\chi^2=21.108$  gl=1 p<.001: OR=.499 IC 95% .370-.673), lo cual se puede constatar en la figura 3.4, las proporciones de consumo regular y ocasional.



En la proporción entre patrones de consumo y el grupo de edad, los participantes de entre 44 a 56 años, tiene un porcentaje mayor de fumadores regulares, sin embargo, el grupo de menor edad (entre 20 y 31 años) presenta un consumo ocasional en mayor medida (figura 3.5).



Se observa un mayor consumo de tabaco en los participantes con menor nivel académico (primaria y secundaria). Mientras que los participantes con licenciatura son los que muestran mayor cantidad de No fumadores (Figura 3.6)



### 3.3.4 Características de los fumadores regulares y ocasionales.

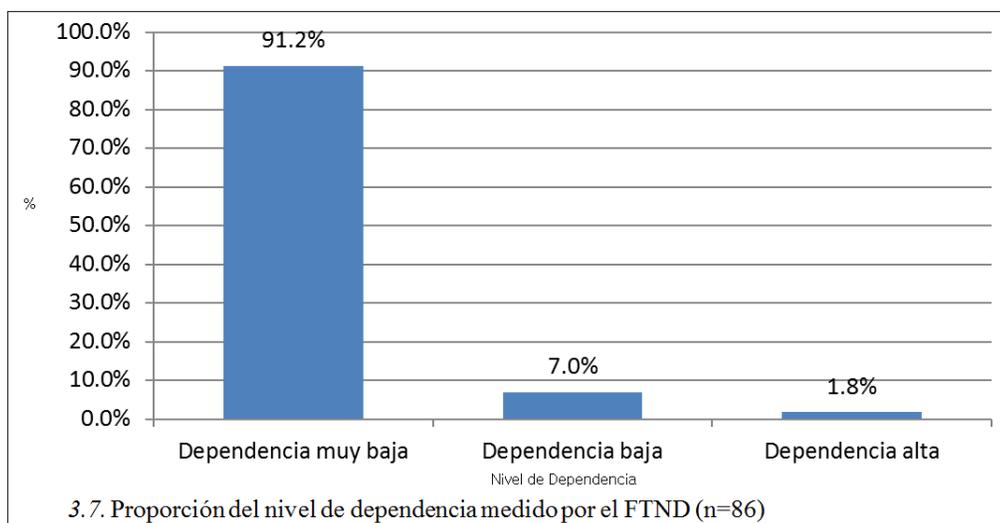
Se encontraron 86 casos que declararon fumar por lo menos un cigarro al día, los cuales tiene un promedio de edad de 32 años, siendo más de la mitad hombres (60.5%), la mayoría con escolaridad por lo menos de preparatoria (promedio de años de estudio=12.98), una antigüedad en la institución de 7.1 años y la mayoría son casados (41.0%), todas las características demográficas de los fumadores se pueden observar en la tabla 3.2.

Mientras que los 154 participantes que declararon ser fumadores ocasionales presentaron las siguientes características: una media de edad de 29.6 años, un promedio de 12.7 años de estudio, la mayoría (55.1%) tenían estudios de bachillerato y el 42.5% eran casados. El resto de las características demográficas evaluadas se presentan en la tabla 3.2.

Tabla 3.2.  
Características demográficas de los fumadores.

	Regulares n=86		Ocasionales n=154		Total Fumadores n=240	
	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]
<i>Edad:</i>	$\bar{X}$ =32.1 (7.9)	[30.4-33.9]	$\bar{X}$ =29.6 (5.8)	[28.7-30.6]	$\bar{X}$ =30.5 (6.8)	[29.7-31.4]
<i>Antigüedad (Años)</i>	$\bar{X}$ =7.1 (5.9)	[5.8-8.4]	$\bar{X}$ =5.2 (4.6)	[4.4-5.9]	$\bar{X}$ =5.9 (5.2)	[5.2-6.5]
<i>Años de estudios</i>	$\bar{X}$ =12.9 (4.5)	[11.9-14.0]	$\bar{X}$ =12.7 (3.4)	[12.1-12.2]	$\bar{X}$ =12.8 (3.9)	[12.2-13.3]
<i>Escolaridad (%)</i>						
Primaria:	2.6	[<.001-6.1]	1.4	[<.001-3.4]	1.9	[.03-3.6]
Secundaria:	24.3	[14.6-34.0]	21.0	[13.1-27.8]	22.2	[16.3-27.8]
Bachillerato:	43.6	[32.3-54.8]	55.1	[46.6-63.4]	50.9	[44.2-57.6]
Licenciatura:	16.7	[8.2-25.1]	13.8	[7.9-19.5]	14.8	[10.0-19.5]
Posgrado:	12.8	[5.2-20.4]	8.7	[3.9-13.4]	10.2	[6.1-14.2]
<i>Tipo de Actividad Laboral (%)</i>						
Administrativo:	17.7	[9.3-25.9]	24.3	[17.3-31.3]	21.9	[16.5-27.2]
Salud :	44.7	[33.9-55.4]	39.2	[31.2-47.1]	41.2	[34.8-47.5]
Servicios:	37.6	[27.1-48.1]	36.5	[28.6-44.3]	36.9	[30.6-43.1]
<i>Estado Civil (%)</i>						
Unión libre	18.1	[9.6-26.5]	17.1	[10.9-23.3]	17.5	[12.5-22.4]
Soltera/o	36.1	[25.5-46.6]	39.0	[31.0-47.0]	38.0	[31.6-44.3]
Casada/o	41.0	[34.2-42.5]	42.5	[34.5-50.5]	41.9	[35.4-48.3]
Divorciada/o	3.6	[<.001-7.7]	.7	[<.001-2.0]	1.7	[.03-3.4]
Separada/o	1.2	[<.001-3.6]	.7	[<.001-2.0]	.9	[<.001-2.0]
<i>Porcentaje del Total de fumadores (%)</i>	35.8	[29.7-41.9]	64.2	[58.0-70.2]		

La media de calificación en las pruebas de dependencia de nicotina, las cuales únicamente se aplicaron a fumadores regulares, fue de 0.98 (S=1.98) en el FTND, 25.73 (S=5.58) en la CDS-versión de 12 ítems y 9.73 (S=2.8) en la Escala de CDS-versión de 5 ítems. 91.2% de los fumadores presentaron un nivel de dependencia muy bajo (Figura 3.7).



### 3.3.5 Características de los médicos, trabajadores de salud y Otro Personal.

Los médicos que participaron en el estudio tenían un promedio de edad de 38.3 años, con un promedio de 22 años de estudios, el 58.9% del género masculino, el 88.4% con estudios de posgrado, 64.5% casados(as); poco más de la mitad eran no fumadores (56.7).

El personal de salud, incluyendo a los médicos, reportaron un promedio de edad de 39.3 años, 15.8 años de estudio, 59.6% mujeres, 37% tenían escolaridad de bachillerato, 51.6% casados, 55.2% eran no fumadores.

El personal administrativo y de servicios generales alcanzó una media de 29.7% de edad, 11.5 años de estudio, 55.3% mujeres, 55% con escolaridad de bachillerato, el 47.4% no fumadores. El resto de los datos demográficos y de consumo se pueden observar en la tabla 3.2.

Tabla 3.2

Características demográficas de los fumadores.

	Médicos n=120		Personal de Salud (incluyendo médicos) n=516		Personal Administrativo y de Servicios n=456	
	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]	% o $\bar{X}$ (DE)	[IC 95%]
<i>Edad:</i>	$\bar{X}$ =38.3 (7.4)	[37.0-39.7]	$\bar{X}$ =33.9 (7.7)	[33.2-34.6]	$\bar{X}$ =29.7 (6.2)	[29.1-30.3]
<i>Antigüedad (Años)</i>	$\bar{X}$ =9.6 (7.2)	[8.3-10.9]	$\bar{X}$ =8.6 (6.8)	[8.0-9.2]	$\bar{X}$ =5.7 (4.9)	[5.3-6.2]
<i>Años de estudios</i>	$\bar{X}$ =22.0 (3.0)	[21.4-22.6]	$\bar{X}$ =15.8 (4.4)	[15.4-16.2]	$\bar{X}$ =11.5 (2.3)	[11.3-11.7]
<i>Sexo (%)</i>						
Mujer	41.1	[32.3-49.9]	59.6	[55.3-63.8]	55.3	[50.6-59.9]
Hombre	58.9	[50.0-67.6]	40.4	[36.1-44.6]	44.7	[40.0-49.3]
<i>Escolaridad (%)</i>						
Primaria:	0	[0]	0	[0]	1.0	[.02-2.0]
Secundaria:	0	[0]	3.5	[1.8-5.2]	30.9	[26.3-35.4]
Bachillerato:	0	[0]	37.6	[33.2-41.9]	55.2	[50.2-60.1]
Licenciatura:	11.6	[5.7-17.3]	27.4	[23.3-31.3]	11.6	[8.4-14.8]
Posgrado:	88.4	[82.6-94.2]	31.5	[27.3-35.6]	1.3	[.1-2.3]
<i>Estado Civil (%)</i>						
Unión libre	1.7	[<.001-3.9]	5.8	[3.6-7.8]	15.9	[12.3-19.3]
Soltera/o	30.5	[22.2-38.9]	41.2	[36.7-45.5]	45.0	[40.2-49.7]
Casada/o	64.5	[55.8-73.1]	51.6	[47.1-56.1]	37.2	[32.5-41.8]
Divorciada/o	3.3	[.07-6.5]	1.2	[.2-2.2]	1.0	[.01-1.8]
Separada/o	0	[0]	.2	[<.001-.6]	.7	[<.001-1.5]
Viuda/o	0	[0]	0	[0]	.2	[<.001-.7]
<i>Tipo de Consumo (%)</i>						
Fumador regular	7.5	[2.7-12.2]	7.8	[5.4-10.1]	11.0	[8.0-13.9]
Fumador ocasiona	7.5	[2.7-12.2]	11.9	[9.0-14.7]	21.0	[17.1-24.9]
Ex fumador	28.3	[20.1-36.5]	25.1	[21.1-28.9]	20.6	[16.7-24.4]
No fumador	56.7	[47.6-65.6]	55.2	[50.8-59.6]	47.4	[42.6-52.1]

Se encontraron diferencias significativas en el consumo del último año entre los médicos y el personal de administrativos y servicios (15.0% vs. 32.0%;  $\text{Chi}^2=13.368$  gl=1  $p<.001$  OR=.375 IC 95% .218-.644); entre los trabajadores de salud (incluyendo a los médicos) y el resto de trabajadores (19.7% vs. 32.0%;  $\text{Chi}^2=18.148$  gl=1  $p<.001$  OR=.522 IC 95% .386-.705); sin embargo, entre médicos y el resto de trabajadores de salud no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas (15.0% vs. 21.3%;  $\chi^2=2.234$  gl=1  $p>.05$  OR=.654 IC 95% .373-1.14).

### 3.3.6 Propiedades de los instrumentos para medir dependencia.

Se llevó a cabo el análisis de confiabilidad por medio del modelo de alfa y análisis factorial con un método de rotación Varimax y extracción utilizando el método de componentes principales en el FTND y en ambas versiones de la CDS (5 y 12 reactivos); es importante mencionar que estos resultados no conforman un estudio de evaluación de propiedades psicométricas de los instrumentos, sino es únicamente un ejercicio realizado con la finalidad de conocer cómo funcionaron en esta población en específico. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 3.4.  
*Estructura bifactorial de FTND*

	Factores	
	1	2
¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	.841	
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?		.788
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?		-.599
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?		.647
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	.849	
¿Fuma aunque esté muy enfermo y tenga que guardar cama la mayor parte del día?	.833	

Para el FTND el alfa fue igual a 0.556, se obtuvo KMO de 0.622, mientras que en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene una  $\chi^2= 73.192$  (gl=15,  $p<0.001$ ) con lo anterior podemos decir que si bien la cantidad de casos no es suficiente para llevar a cabo un análisis

factorial, sí existe una relación entre las respuestas a los ítems. En el análisis factorial exploratorio se encontró que un modelo bifactorial explicaba el 61% de la varianza total (Tabla 3.4)

Tabla 3.5.  
*Estructura tetrafactorial del CDS-12*

	Factores			
	1	2	3	4
Por favor califique su adicción a los cigarrillos en una escala de 1 al 100			.811	
En promedio cuantos cigarrillos fuma al día		.428		.743
Usualmente, después de levantarse, ¿qué tan rápido fuma su primer cigarro?				.779
Para usted, dejar de fumar sería:			.819	
Después de algunas horas sin fumar, siento una irresistible urgencia por fumar	.445			.641
La idea de no tener cigarrillos me causa estrés	.611	.624		
Antes de salir, siempre me aseguro de que traigo conmigo cigarrillos	.619	.514		
Soy un prisionero de los cigarrillos		.719		
Fumo demasiado		.847		
A veces dejo todo para salir y comprar cigarrillos	.806			
Fumo todo el tiempo	.846			
Fumo a pesar de los riesgos para mi salud.		.333	.557	

Con la CDS-versión de 12 ítems, obtuvo un alfa=0.815, con un KMO de 0.721. En la prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo una  $\chi^2 = 148.069$  (gl=66,  $p < 0.001$ ). Lo que nos indica que la relación existente entre los ítems es buen y es apenas adecuada para realizar un análisis factorial, en el que se obtiene un modelo de cuatro factores que explican el 70.2% de la varianza (Tabla 3.5).

En lo relacionado a la versión de 5 ítems de la CDS se obtuvo un alfa=0.647; un KMO=0.603, mientras que en la prueba de esfericidad de Bartlett el resultado es  $\chi^2 = 38.78$  (gl=10,  $p < 0.001$ ). Esto nos indica que si bien la muestra es apenas adecuada para llevar a cabo un

análisis factorial, existen relaciones entre las respuestas que lo justifican. El resultado del análisis factorial fue un modelo de dos factores que explica el 69% de la varianza. A continuación se muestra la manera en que los reactivos se distribuyen (Tabla 3.6).

Tabla 3.6.  
*Estructura bifactorial de CDS-5*

	Factor	
	1	2
Por favor califique su adicción a los cigarrillos en una escala de 1 al 100		.870
En promedio cuantos cigarrillos fuma al día	.734	
Usualmente, después de levantarse, ¿qué tan rápido fuma su primer cigarro?	.837	
Para usted, dejar de fumar sería:		.840
Después de algunas horas sin fumar, siento una irresistible urgencia por fumar	.816	

Con respecto a la correlación entre el FTND y la CDS (validez concurrente) se obtuvo una correlación de Pearson de 0.39 ( $p < 0.01$ ) cuando se comparaba el FTND con la versión de 12 reactivos y una correlación de 0.506 ( $p < 0.05$ ) con la versión de 5 reactivos. Es importante mencionar que la correlación entre las versiones de 12 y 5 reactivos no se reportan al tratarse de una comparación inválida (por ser el mismo cuestionario).

### 3.4 Discusión

El presente estudio representa uno de los pocos trabajos de este género realizados en México después de la promulgación de la Ley General de Control de Tabaco (2008). Los principales objetivos del estudio eran describir las características de consumo de la población de trabajadores

del establecimiento médico en cuestión, dicha población presentó una prevalencia de consumo de tabaco en el último año mayor que la población general (21.7%, ENA, 2011), si se compara con el todo el país; sin embargo, muy parecida a la prevalencia del Distrito Federal (30.8%; ENA, 2011) y dentro de lo que se ha reportado en estudios similares (Salmeron-Castro, et al., 2002).

Otro de los objetivos del estudio fue conocer las características de los fumadores regulares el cual resultó ser similar al de la población general (9.1 de este estudio contra 8.9 en la ENA, 2011). Únicamente se presenta un promedio menor de cigarrillos consumidos en la presente investigación (4.3 contra 6.5 en la ENA, 2011).

Se puede apreciar en los resultados de la encuesta que la mayoría de los fumadores son consumidores ocasionales, esto es, personas que no fuman todos los días, sin embargo, tomando en cuenta que casi una cuarta parte de los fumadores ocasionales consume entre 2 a 3 veces por semana, la probabilidad de que muchos de estos progresen a un consumo regular es considerable.

Otro de los hallazgos a resaltar es la baja prevalencia de consumo de tabaco en el último año en los médicos, en comparación con otros estudios similares que se han publicado en nuestro país (Salmeron-Castro et al., 2002), la explicación más plausible ante dicho fenómeno es que desde la creación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003) los esfuerzo anti tabaco se han incrementado, lo cual ha tenido un efecto en la disminución de la prevalencia de tabaquismo en el personal médico. Por otra parte, nos permite suponer que ante una mayor exposición a información relacionada con el riesgo a la salud que implica el tabaquismo, el consumo tiende a disminuir, dicha hipótesis se refuerza al revisar que la comparación llevada a cabo entre los trabajadores de salud y los trabajadores de otras áreas, refleja diferencias

significativas en el consumo en el último año entre ambos grupos, que muy probablemente pudiera encontrarse explicada por las diferencias en los años de estudio en estos grupos (Heyman, 2003).

Por otra parte, la mayoría de los consumidores eran de sexo masculino, casi en una proporción de 2:1, esto viene a sumarse a toda la evidencia existente que indica que los hombres presentan una mayor probabilidad de consumir sustancias y de presentar problemas de consumo (Stone, et al., 2012).

Otros de los objetivos dentro del estudio fue conocer las propiedades psicométricas de los instrumentos aplicados para medir la dependencia a la nicotina, sin embargo, dado que únicamente se solicitó a los fumadores regulares los contestaran, la muestra para el análisis del FTND y CDS fue demasiado reducida como para aseverar que los resultados de los análisis son generalizables. A pesar de ello, se pueden observar resultados similares a los obtenidos en estudios que se han realizado específicamente para comparar el desempeño de los instrumentos, en donde el FTND obtiene una consistencia interna menor. Por otra parte, el FTND falla en obtener una solución de un solo factor en el análisis exploratorios, se puede aseverar que dichas deficiencias pudieran explicarse en gran medida por la forma de respuesta del instrumentos (Vease Korte, Capron, Zvolensky y Schmidt, 2012, donde se mencionan brevemente algunos de los resultados desalentadores que ha obtenido el FTND, así como los resultados de las propiedades psicométricas al cambiar las opciones de respuesta).

La información obtenida en estudio es de suma importancia pues podría orientar el establecimiento de programas de prevención para evitar que los fumadores ocasionales (gran

parte de ellos entre 20 y 31 años) progresen a patrones de consumo más intensivos, esto es, enfocarlos hacia el desarrollo de políticas específicamente desarrolladas para impactar a este grupo de edad. Además al conocer la forma en que se distribuye el consumo entre los trabajadores del Hospital, permitiría optimizar la utilización de recursos en la prevención y el tratamiento.

A pesar de que la importancia de los resultados para la formulación de políticas y el desarrollo de actividades para el combate al tabaquismo, debido al diseño del estudio resultó imposible conocer si los fumadores ocasionales son consumidores de inicio tardío, donde comienzan el consumo a edad tardía y continúan fumando o a un consumo limitado por el desarrollo, donde se da el inicio tardío y la abstinencia natural ocurre pronto (Brook, Balka, Ning y Brook, 2007), lo cual podría ser establecido a través de un diseño de cohorte, en el cual se evaluara el consumo de tabaco en varias ocasiones en el tiempo. Un diseño similar, además de indagar más variables psicosociales e interpersonales, podría permitir determinar los factores de riesgo y protección en el personal.

Tanto las trayectorias de consumo como los factores de riesgo asociados que no pudieron ser detectados permitirían desarrollar mejores actividades preventivas, más específicas y efectivas. Otro de los rubros donde faltó información es en la evaluación de las actitudes, conocimientos y prácticas del personal médico y de salud en torno al tabaquismo. Esto impide entender a mayor profundidad las implicaciones que tiene el consumo de tabaco en las prácticas anti-tabaco de estos profesionales y las necesidades institucionales a este respecto.

Entre las principales limitaciones de estudio tenemos que: 1) Se desarrolló únicamente en un centro: la utilización de varios centros permitiría obtener una muestra más amplia y resultados más generalizables; 2) el no contar con otro tipo de marcadores no permite constatar si las respuestas se deben a la deseabilidad social o por otro tipo de sesgo derivado del auto reporte; 3) no fue posible establecer un modelo estadístico que diera cuenta de los factores de riesgo en el consumo de tabaco; 4) debido a las necesidades institucionales, especialmente en la necesidad de realizar la aplicación en un corto tiempo, únicamente se evaluaron variables de consumo, dejando de lado factores asociados con el consumo (p. ej. Consumo del conyugue o familiares, expectativas de resultados, riesgo percibido, entre otros), lo cual limita en gran medida la información obtenida; 5) los recursos limitados, particularmente la falta de personal capacitado específicamente para la aplicación del instrumento, influyó mucho en la pérdida de datos, así como en el riesgo de elevado de sesgos.

Uno de los hallazgos que los datos sugieren es que la efectividad de las políticas gubernamentales anti-tabaco se encuentra mediada por el nivel de estudios, sin embargo, los datos obtenidos no son conclusivos y es necesario llevar a cabo más investigación (con mayor control de sesgos y con diseños) en torno al impacto estimado de dichas estrategias en población mexicana.

A pesar de las limitaciones este estudio, resulta un esfuerzo importante cuya utilidad como un indicador inicial que permita en un futuro dar cuenta de los resultados de programas de reducción de tabaquismo en el centro en que fue realizado el estudio.

## Referencias

- Abrams, D. B., Orleans, C. T., Niaura, R. S., Goldstein, M. G., Prochanska, J. O. y Velicer, W. (1996). Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: a combined stepped-care and matching model. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(4), 290-304. DOI: 10.1007/BF02895291.
- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E. y Hasrin, D. (2002). Suicide Attempts in Substance Abusers: Effects of Major Depression in Relation to Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1600-1602. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.9.1600.
- Annis, H. M. y Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Ontario: Addiction Research Foundation.
- Arbour-Nicitopoulos, K. P., Kwan, M. Y. W., Lowe, D., Taman, S., y Faulkner, G. E. J. (2010). Social Norms of Alcohol, Smoking, and Marijuana Use Within a Canadian University Setting. *Journal of American College Health*, 59(3), 37–41. DOI: 10.1080/07448481.2010.502194
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Victoria, R., Hernández-Tezoquipa, I., Martínez, P. C. y Menjivar-Rubio, A. (2004). Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(4), 261-265.
- Ayala, H.E., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM
- Azrin, N. H., Naster, B. J., y Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382. DOI: 10.1016/0005-7967(73)90095-8.

- Babor, T. F., Steingberg, K., Anton, R. y Boca, F. (2000). Talk Is Cheap: Measuring Drinking Outcomes in Clinical Trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 61(1), 55-63.
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783. DOI: 10.1037/h0077132.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. DOI: 10.1093/clipsy/bpg015.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Biener, L., Hamilton, W. L., Siegel, M. y Sullivan, E. M. (2010). Individual, Social-Normative, and Policy Predictors of Smoking Cessation: A Multilevel Longitudinal Analysis, *American Journal of Public Health*, 100(3), 547-554, DOI: 10.2105/AJPH.2008.150078.
- Borrelli, B., McQuaid, E. L., Novak, S. P., Hammond, S. K. y Becker, B. (2010). Motivating Latino Caregivers of Children with Asthma to Quit Smoking: A Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 34-43. DOI: 10.1037/a0016932.
- Bouton, M. E. (2000). A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychology*, 19(1 supplement), 57. DOI 10.1037/0278-6133.19.Suppl1.57.
- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C., et al. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1), 72-80. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027.

- Britt, E., Hudson, S. M., y Blampied, N. M. (2004). Motivational Interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counselling*; 53(1), 147–155. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00141-1.
- Brook, J. S., Balka, E. B., Ning, Y., Brook, D. W. (2007). Trajectories of Cigarette Smoking among African Americans and Puerto Ricans from Adolescence to Young Adulthood: Associations with Dependence on Alcohol and Illegal Drugs. *The American Journal on Addictions*, 16(1), 195–201. DOI: 10.1080/10550490701375244.
- Brown, R. A., Niaura, R., Lloyd-Richardson, E. E., Strong, D. R., Kahler, C. W., Abrantes, A. M., et al. (2007). Bupropion and cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(7), 721-730. DOI: 10.1080/14622200701416955.
- Bukstein, O. G., Brent, O. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Scheweers, J., et al. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 403-408. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03481.x.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- Carey, M., Carey, K., Maisto, S., Gordon, C. y Vanable, P. (2001). Prevalence and Correlates of Sexual Activity and HIV-related Risk Behavior among Psychiatric Outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 846-850. DOI: 10.1037/0022-006X.69.5.846.
- Cavazos-Rehg, P., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Chaloupka, F. J., Luke, D., Waterman, B., y Gruzca, R. (en prensa). Differential effects of cigarette price changes on adult smoking behaviours. *Tobacco control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050517.

- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. DOI: 10.1037/0022-006X.66.1.7.
- Corby, E. A., Roll J. M., Ledgerwood, D. M., Schuster, C. R. (2000). Contingency management interventions for treating the substance abuse of adolescents: A feasibility study. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 8(3), 371-6. DOI: 10.1037/1064-1297.8.3.371.
- Cottler, L. B., Robins, L. N. y Helzer, J. E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *British journal of addiction*, 84(7), 801-14.
- Cottler, L., Robins, L. y Helzer, J. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction*, 84(7), 801-814. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb03060.x.
- Courvoisier, D. y Etter, J. (2010). Comparing the predictive validity of five cigarette dependence questionnaires. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(1), 128-133. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.09.011
- Cruz-Fuentes, C., López-Bello, L., Blas-García, C., González-Macías, L., y Chavez-Baldera, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la SCL-90 en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 28(1), 72-81.
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Murray, C. y Ezzati, M. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366(9499), 1784-1793. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67725-2.

- Davis, J. M., Fleming, M. F., Bonus, K. S. y Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smoker. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7(2). DOI: 10.1186/1472-6882-7-2.
- Dawson, D. A. (2000). Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(3), 235-249. DOI: 10.1016/S0376-8716(99)00130-1.
- Derogatis, L. R. (1994). Symptom checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dickey, B., Normand, S., Weiss, R., Drake, R. y Azeni, H. (2002). Medical Morbidity, Mental Illness, and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 53(7), 861-867. DOI: 10.1176/appi.ps.53.7.861
- Donatelle, R. J., Prows, S. L., Champeau, D. y Hudson, D. (2000). Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control*, 9(Suppl III), iii67–iii69. DOI: 10.1136/tc.9.suppl\_3.iii67.
- Echeverría, S. L. y Ayala, H. (1997) *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ENA 2008 *Quinta Encuesta Nacional de Adicciones*. Secretaria de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Etter, J. (2005). A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 259-268. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.015

- Etter, J.(2008). Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 152-159. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.017.
- Etter, J., Le Houezec, J. y Perneger, T. (2003). A Self-Administered Questionnaire to Measure Dependence on Cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacology*, 28(2), 359-370. DOI: 10.1038/sj.npp.1300030
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM: IV Axis I Disorders-Clinical Version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Fleming, C. B., White, H. R., Haggerty, K. P., Abbott, R. D. y Catalano, R. F. (2012). Educational Paths and Substance Use From Adolescence Into Early Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 42(2), 104–126. doi:10.1177/0022042612446590
- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C. y Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive medicine*, 53(3), 188–93. doi:10.1016/j.ypmed.2011.06.015.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M. y Lancaster, T. (2009) Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub3.
- Hawkins, E. H. (2009). A Tale of Two Systems: Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders Treatment for Adolescents. *Annual Reviews of Psychology*, 60, 197-227. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163456.
- Hawkins, J., Catalano, R. y Miller, J. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.

- Hazlett-Stevens, H. y Craske, M. G. (2004). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. En Bond, F. W. y Dryden, W (Eds). *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (pp 1-20). John Wiley & Sons: Gran Bretaña.
- Heil, S. H., Higgins, S. T. , Bernstein, I. M., Solomon, L. J., Rogers, R. E., Thomas, C. S... Lynch, M. E. (2008). Effects of Voucher-Based Incentives on Abstinence from Cigarette Smoking and Fetal Growth Among Pregnant Women. *Addiction*, 103(6), 1009-1018. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02237.x.
- Heinz, A. J., Kassel, J. D., Berbaum, M. y Mermelstein, R. (2010). Adolescents' expectancies for smoking to regulate affect predict smoking behavior and nicotine dependence over time. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(2-3), 128-135. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.04.001.
- Herd, N., Borland, R. y Hayland, A. (2009). Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 104(12), 2088-2099. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02732.x.
- Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*, 9(6). DOI:10.1186/1471-244X-9-6
- Heyman, G. M. (2003). Consumption Dependent Changes in Reward Value: A Framework for Understanding Addiction. En Vuchinich, R. E y Heather, N. (Eds.) *Choice Behavioral Economics and Addiction*. Holanda: Pergamon Press
- Higgins, S. T., Heil, S. H., Solomon, L. J., Bernstein, I. M., Lussier, J. P., Abel, R. L... Badger, G. J. (2004). A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(6), 1015–1020. DOI: 10.1080/14622200412331324910.

- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. y Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. DOI: 10.1177/1745691611419671.
- Hong, T., Rice, J., y Johnson, C. (2012). Ethnic Group and Temporal Influences of Social Norms: Smoking Behavior Among a Panel of Adolescents. *Journal of Communication*, 62(1), 158–174. doi:10.1111/j.1460-2466.2011.01623.x
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. y Walter, G. (2009). Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24-34. DOI: 10.1080/10673220902724599.
- Hughes, J. R., Keely, J. P., Niaura, R. S., Ossip-Klein, D. J., Richmond, R. L. y Swan, G. E. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine and Tobacco Research*, 5(1), 13-25. DOI: 10.1080/1462220031000070552.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., .Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039-1047. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2010). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2011). *Estrategias de Autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Jacobus, J., Bava, S., Cohen-Zion, M. , Mahmood, O. y Tapert, S. F. (2009). Functional Consequences of Marijuana Use in Adolescents. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 92(4), 559–565. DOI:10.1016/j.pbb.2009.04.001.
- Jian, Y., Ong, M. K., Tong, E. K., Yang, Y., Nan, Y., Gan, Q. y Hu, T. (2007). Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes, and practices. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(1), 15-22. DOI:10.1016/j.amepre.2007.02.037.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3) 26-31.
- Kawakami, N., Takatsuka, N., Inaba S. y Shimizy, H. (1999). Development of a Screening Questionnaire for Tobacco/Nicotine Dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addictive Behaviors*, 24(2), 155-166. DOI: 10.1016/S0306-4603(98)00127-0.
- Kessler, R. (1995).The national comorbidity survey: preliminary results and future directions. *International. Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(2), 139–151.
- Killen, J. D., Fortmann, S. P., Schatzberg, A. F., Arredondo, C., Murphy, G., Hayward, C., et al. (2008). Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction*, 103(8), 1381–13290. DOI:10.1111/j.1360-0443.2008.02273.x.
- Kliewer, W. y Murrelle, L. (2007). Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: Findings from a Study in Selected Central American Countries. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 448-455. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2006.11.148.
- Korte. K. J., Capron, D. W., Zvolensky, D. W. y Schmidt, N. B. (2012). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: Do revisions in the item scoring enhance the psychometric properties?. *Addictive Behaviors*, 38, 1757-1763. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.10.013.

- Krishnan-Sarin, S., Duhig, A. M., McKee, S. A., McMahon, T. J., Liss, T., McFetridge, A. y Cavallo, D. A. (2006). Contingency management for smoking cessation in adolescent smokers. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 14(4), 306-10. DOI: 10.1037/1064-1297.14.3.306
- Lai, D. T. C., Cahill, K., Qin Y. y Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2008). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
- Ledgerwood, D. (2008). Contingency Management for Smoking Cessation: Where Do We Go from Here? *Current Drug Abuse Reviews*, 1(3), 340-349.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R. y Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328-341. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.01.006.
- Leventhal, A., Kahler, C., Ray, L. y Zimmerman, M. (2009). Depressive Symptoms in Psychiatric Outpatients with Current, Past, and no History of Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 34(3), 297-303. DOI:10.1016/j.addbeh.2008.11.008.
- Levine, M. D., Perkins, K. A., Kalarchian, M. A. Cheng, Y., Houck, P. R., Slane, J. D. y Marcus, M. D. (2010). Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers. *Archives of Internal Medicine*, 170(6), 543-550. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.33.

- Lewis, T. L., Kotch, J., Wiley, T. R., Litrownik, A. J., English, D. J., Thompson, R., et al. (2011). Internalizing problems: a potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48(3), 247–52. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.07.004.
- Lira-Mandujano, J. y Cruz-Morales, S. E., (2012). Motivational Intervention and Nicotine Replacement Therapies for Smokers: Results of a Randomized Clinical Trial. En Ganei, M. (Ed.) *Respiratory Diseases*. New York: Intech Publisher.
- Luther, E. J., Parzynski, C. S., Haszyna-Gasior, M., Bagot, K. S., Royo, M. B., Leff, M. K. y Moolchan, E. (2008). Does allowing adolescents to smoke at home affect their consumption and dependence? *Addictive Behaviors*, 33(6), 836-840. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.01.006.
- Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M., y Sobell, L.C. (1979). Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavioral Assessment*, 1(4) 315-326.
- Marrone, G. F., Shakleya, D. M., Scheidweiler, K. B., Singleton, E. G., Huestis, M., y Heishman, S. J. (2011). Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*, 106(7), 1325–34. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03441.x
- Martínez, K. I., Ayala, H., Salazar, M. L., Ruiz, G. M y Barrientos, V. (2004). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas: Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

- Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A. y Salazar, M. (2008). Consejo Breve para Adolescentes Escolares que abusan del Alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 245-262.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. y Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31(2), 119-127.
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, M., Navinés, R., Pascual, J. y Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 20(3), 147-156. DOI: 10.4321/S0213-61632006000300002.
- McNeil, D. y Binder, R. (2005). Psychiatric Emergency Service Use and Homelessness, Mental Disorder, and Violence. *Psychiatric Services*, 56(6), 699-704. DOI: 10.1176/appi.ps.56.6.699
- Mejía, D. (2012). Efectividad de una intervención grupal para la dependencia al alcohol en pacientes con diagnóstico dual. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mendoza-Mendoza, A., García-Montiel, A. y Cañedo-Dorame, M. (2002). Resultados a doce meses de un programa para dejar de fumar de tipo cognitivo conductual y terapia farmacológica de apoyo. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 61(2), 23-26.
- Menasas-Gaya, I., Zuardi, A., Loureiro, S. y Souza-Crippa, A. (2009). Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73-82.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147-172. DOI: 10.1017/S0141347300006583.

- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós: España
- Minkoff, K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital y Community Psychiatry*, 40(10), 1031-1036.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 109-121. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010.
- Moreno-Coutiño, A., Hernández-Delgado, M., García-Anguiano, F., Díaz-Ayala, D., Reidl-Martínez, L. y Medina Mora-Icaza, M. (2011). *Manual de Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moyers, T. B. (2004). History and Happenstance: How motivational interview got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 291-298. DOI: 10.1891/jcop.18.4.291.63999.
- Murray, C. J. L. y Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of the risk factors: Global burden of disease study. *The lancet*, 349(9063), 1436-1442. DOI: 10.1016/S0140-6736(96)07495-8.
- Noonan, D., Jiang, Y. y Duffy, S. a. (2013). Utility of biochemical verification of tobacco cessation in the Department of Veterans Affairs. *Addictive behaviors*, 38(3), 1792-5. doi:10.1016/j.addbeh.2012.11.006
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Alvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E. y Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Pública de México*, 28(5), 64-70.

- Okuyemi, K., Pulvers, K., Sanders, L., Thomas, J., Kaur, H., Mayo, M., et al. (2007). Nicotine dependence among African American light smokers: A comparison of three scales. *Addictive Behaviors*, 32(10), 1989-2002. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.01.002.
- Ondersma, S. J., Svikis, D. S., Lam, P., K. L. Connors-Burge, V. S., Ledgerwood, D. M. y Hopper, J. A. (2012). A Randomized Trial of Computer-Delivered Brief Intervention and Low-Intensity Contingency Management for Smoking During Pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(3), 351-360. DOI: 10.1093/ntr/ntr221
- Palmer, R. H. C., Young, S. E., Hopfer, C. J., Corley, R. P., Stallings, M.C., Crowley, T. J. y Hewitt, J. K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3), 78-87. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012.
- Pérez-López, A., Villalobos-Gallegos, L. y Moreno-Coutiño, A (2012, Abril). *Retención en fumadores en tres modalidades de tratamiento farmacológico contra el tabaquismo*. Cartel presentado en el Congreso Anual del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), Manzanillo, Col., México.
- Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., Mateos-Alvarez, R., et al. (2010). Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(12), 1149-59. doi:10.1007/s00127-009-0158-6.
- Pipe, A., Sorensen, M. y Reid, R. (2009). Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 118-123. DOI: 10.1016/j.pec.2008.07.042.

- Piper, M, Piasecki, T., Federman, B., Bolt, D., Smith, S., Fiore, M. y Baker, T. (2004). A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 139-154. DOI: 10.1037/0022-006X.72.2.139.
- Ponciano-Rodríguez, G. y Morales-Ruiz, A. (2007). Evaluación del programa de tratamiento para la cesación del tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Pública de México*, 49(Suplemento 2), S247–S256.
- Proctor, R. (2004). The global smoking epidemic: A history and status report. *Clinical Lung Cancer*, 5(6), 371-376. DOI: 10.3816/CLC.2004.n.016.
- Rabois, D. y Haaga, D. (1997). Cognitive coping, history of depression, and cigarette smoking. *Addictive behaviors*, 22(6), 789-796. DOI: 10.1016/S0306-4603(97)00062-2.
- Rachbiesel, J., Scott, J. y Dixon, L. (1999). Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Raistrick, D., Dunbar, G. y Davidson, R. (1983). Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 78(1), 89-95. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1983.tb02484.x
- Reynales, L., Shaman, T., Méndez, I., Rojas, R. y Lazcano, E. (2009) *Encuesta de Tabaquismo en Adultos.*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.
- Reynales, L., Valdés, R., Rodríguez, R., Lazcano, E. y Hernández, E. (2009). *Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Analisis Descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008.* Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública..
- Reynales-Shigematsu, L. M., Rodríguez-Bolaños, R. A., Jiménez, J. A., Juárez-Márquez, S. A., Castro-Ríos, A. y Hernández-Ávila, M. (2004). Costos de la atención médica atribuibles

al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 48(suplemento 1), S48-S64.

- Reynales-Shigematsu, L., Guerrero-López, C., Lazcano-Ponce E., Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., et al. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF, México,
- Rimal, R. N., y Real, K. (2003). Understanding the Influence of Perceived Norms on Behaviors. *Communication Theory*, 13(2), 184–203. doi:10.1111/j.1468-2885.2003.tb00288.x
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-217.
- Röhrig, B., Du Prel, J. B., Wachtlin, D., y Blettner, M. (2009). Types of study in medical research: part 3 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt international*, 106(15), 262–8. DOI:10.3238/arztebl.2009.0262.
- Roll, J. M. (2005). Assessing the feasibility of using contingency management to modify cigarette smoking by adolescents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38(4), 463-7. DOI: 10.1901/jaba.2005.114-04
- Rosenberg, S., Goodman, L., Osher, F., Swartz, M., Essock, S., Butterfield, M., et al. (2001). Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People With Severe Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 91(1), 31-37. DOI: 10.1176/appi.ps.54.6.836
- Rubino, T. y D. Parolaro, D. (2008). Long lasting consequences of cannabis exposure in adolescence. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 286(1–2, Supplement 1), S108–S113. DOI: 10.1016/j.mce.2008.02.003.
- Sacks, S., Cleland, C., Melnick, G., Flynn, P., Knight, K., Friedmann, et al. (2009). Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems:

Evidence from CJDATS. *Behavioral Science y The Law*, 27(1), 51-69. DOI: DOI: 10.1002/bsl.850.

Salmerón-Castro, J., Arillo-Santillán, E., Campuzano-Rincón, J. C., López-Antuñano, F. J. y Lazcano-Ponce, E. C. (2002). Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública de México*, 44(suplemento 1), S67-S75.

Sansores, R. H., Córdoba, P., Espinosa M., Herrera K., Ramírez V. A., Martínez R. L., et al. (1996). Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Neumología y Cirugía de Torax*, 21(1), 29-35.

Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied psychology: an international review*, 2008, 57(1), 1–29. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl 20), 22-33.

Shiffman, S., Waters, A. y Hickcox, M. (2004). The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine y Tobacco Research*, 6(2), 327-348. DOI: 10.1080/1462220042000202481.

Simantov, E., Schoen, C. y Klein, J. D. (2000). Health-Compromising Behaviors: Why Do Adolescents Smoke or Drink. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(10), 1025-1033. DOI: 10.1001/archpedi.154.10.1025.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S.W., Karazsia, B. T., Singh, A. D. A., Singh, A. N. A., Singh, J., (2013). A Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with

- Mild Intellectual Disability. *Mindfulness*, 4(2), 148-157. DOI: 10.1007/s12671-012-0148-8.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S.W., Singh, A. N. A., Singh, J., Singh, A. D. A. (2011). Effects of a mindfulness-based smoking cessation program for an adult with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1180-1185. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.01.003.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., López-Yeste, A y Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56(531), 768-774.
- Spillane, N. S., Smith, G. T. y Kahler, C. W. (2010). Impulsivity-like traits and smoking behavior in college students. *Addictive Behaviors*, 35(7), 700–705. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.03.008.
- SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. (2002). Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, 149–159. DOI: 10.1080/14622200210123581
- Stavem, K., Rogeberg, O., Olsen, J. y Boe, J. (2008). Properties of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test of Nicotine Dependence in a representative sample of smokers in Norway. *Addiction*, 103(9), 1441-1449. DOI:10.1111/j.1360-0443.2008.02278.x.
- Stone, A., Becker, L., Huber, A. y Catalano, R. (2012). Review of Risk and Protective Factors of Substance Use in Emerging Adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.02.014.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P; Cravioto, P; Galván F; Jiménez, B., Cortés, M., Medina-Mora, ME., Villatoro, J. (2002). *Encuesta nacional de adicciones 2002, Capitulo de tabaco. Consejo*

*Nacional contra las Adicciones*, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.

Tauras, J. A. (2005). Can public policy deter smoking escalation among young adults? *Journal of Policy Analysis and Management*, 24(4), 771-784. DOI: 10.1002/pam.20137.

Tevyaw, T. O., Colby, S. M., Tidey, J. W., Kahler, C. W., Rohsenow, D. J., Barnett, N. P., et al. (2009). Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(6), 739-749. DOI: 10.1093/ntr/ntp058.

The ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.

Topitzes, J., Mersky, J. P. y Reynolds, A. J. (2010). Child maltreatment and adult cigarette smoking: a long-term developmental model. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 484-98. doi:10.1093/jpepsy/jsp119.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos del futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.

Tucker, J. S., Ellickson, P. L. y Klein, D. J. (2003). Predictors of the Transition to Regular Smoking During Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 32(4), 314-324. DOI: 10.1016/S1054-139X(02)00709-7.

U.S. Department of Health and Human Services (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health

- Vaillant, G. (1966). A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: I. the relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122(7), 727-737.
- Villalobos-Gallegos, L., Marín Navarrete, R., Templos-Nuñez, L. y Rosendo-Robles, A. (2012). Nicotine craving questionnaire (CCN): psychometric properties on Mexican population. *Salud mental*, 35(4), 273-277.
- Villalobos-Gallegos, L., Mejía-Cruz, D., Barragán-Torres, L., Zelonka Gil, J., y Marín-Navarrete, R. (2012, Abril). Características sociodemográficas y psicopatología de pacientes duales en tratamiento psicológico por consumo problemático de alcohol. Trabajo presentado en sesión temática en el Congreso Anual del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), Manzanillo, Col., México.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., et al. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México DF, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., et al. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*, 360(7), 699-709. DOI: 10.1056/NEJMsa0806819.
- Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238–261. DOI: 10.1080/15374410701820133.
- Webb, M. S., Rodriguez, D., Baker, E. A., Reis, I. M. y Carey, M. P. (2010). Cognitive–Behavioral Therapy to Promote Smoking Cessation Among African American Smokers:

- A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 24-33. DOI: 10.1037/a0017669.
- White, H. R., Bray, B. C., Fleming, C. B. y Catalano, R. F. (2009). Transitions into and out for light and intermittent smoking during emerging adulthood. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(2), 211-219. DOI: 10.1093/ntr/ntn017.
- Wittchen, H. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28(1), 57-84. DOI: 10.1016/0022-3956(94)90036-1.
- World Health Organization (2001). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) version 15*. Ginebra: World Health Organization
- World Health Organization (2003). The WHO Framework Convention on Tobacco Control, World Health Assembly Resolution 56. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Ginebra: World Health Organization.
- Wynder, E. (1988). Tobacco and health: a review of the history and suggestions for public health policy. *Public Health Report*, 108, 8-18.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Consentimiento informado

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer qué tantas personas fuman y de qué manera lo hacen en el Hospital General Naval de Alta Especialidad (HOSGENAES), con la finalidad de implementar posteriormente un programa para la reducción del tabaquismo, además se utilizará la información para fines de investigación (Tesis de Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México) siendo el autor de dicha investigación el C. Luis Eduardo Villalobos Gallegos; por lo que se le invita a contestar de la manera más honesta cada una de las preguntas que a continuación se le presentan.

Al principio del cuestionario se le pedirá información para localizarle, para invitarle a un programa de tratamiento para dejar de fumar, el cual puede tomar de manera voluntario en caso de ser necesario. Sin embargo, es muy importante mencionar que toda la información será tratada bajo la más estricta confidencialidad por lo que sus datos serán identificados por un número de folio, únicamente el autor y responsable de la encuesta (C. Luis Eduardo Villalobos Gallegos) tendrá acceso a sus datos personales y vigilará su adecuado resguardo. Usted tiene derecho a plantear todas las dudas que tenga sobre el manejo que se dará a la información y de la forma en que se procesará, para ello puede dirigirse al responsable ya mencionado. Esta información NO formará parte de su expediente de cuerpo.

Su participación es **VOLUNTARIA** por lo que usted tiene la total libertad de contestar o no. En cualquier caso usted podrá recibir posteriormente apoyo para dejar de fumar si así lo requiriera.

El cuestionario no tiene respuestas correctas o incorrectas, lo que nos importa conocer es su situación actual en relación al consumo de tabaco. Llevar a cabo esta actividad le llevará máximo 10 minutos.

Firmando este documento, usted certifica que ha leído la información anterior y comprende que su participación es voluntaria y confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**Gracias por su colaboración.**

DATOS DE LOCALIZACIÓN			
NOMBRE Y SERVICIO			
EXTENSIÓN		CORREO ELECTRONICO	
TELEFONO (CASA)		TELEFONO (CELULAR)	

## ANEXO 2: Instrumento utilizado para obtención de datos

### CEDULA PARA DETECCIÓN DE TABAQUISMO

DATOS GENERALES			
Edad:		Tiempo de Servicio en la Institución:	
Nivel de estudios:			
Grado académico:		Años de estudios:	
Sexo:		Estado civil:	

**Instrucciones:** Encierre en un círculo la respuesta que más coincida con su situación actual.

¿Fuma usted actualmente?

- Sí fumo por lo menos un cigarro todos los días. (Pasar a SECCIÓN A)
- Sí, pero no fumo todos los días (PASAR A SECCIÓN B)
- No he fumado en los últimos 12 meses, pero si he probado el cigarro. (PASAR A SECCIÓN C)
- Nunca en mi vida he probado el cigarro. (USTED A FINALIZADO DE CONTESTAR EL CUESTIONARIO)

#### SECCIÓN A: FUMADORES REGULARES

**Instrucciones:** Conteste las preguntas en el recuadro correspondiente de acuerdo a su situación.

	RESPUESTA
Por favor califique su adicción a los cigarrillos en una escala de 1 al 100 (NO soy para nada un adicto a los cigarrillos=0 /Soy un adicto a los cigarrillos en extremo=100)	
En promedio cuantos cigarrillos fuma al día:	
¿A qué edad probó por primera vez un cigarrillo?	
¿A qué edad inicio el consumo regular de cigarrillos (fumar por lo menos 1 al día)?	
Usualmente, después de levantarse, ¿qué tan rápido fuma su primer cigarro?	

**Instrucciones:** Elija la opción más describe su situación para cada afirmación

Para usted, dejar de fumar sería:				
Imposible	Muy difícil	Bastante difícil	Bastante fácil	Muy fácil
<b>Después de algunas horas sin fumar, siento una irresistible urgencia por fumar</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>La idea de no tener cigarrillos me causa estrés</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>Antes de salir, siempre me aseguro de que traigo conmigo cigarrillos</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>Soy un prisionero de los cigarrillos</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>Fumo demasiado</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo

<b>A veces dejo todo para salir y comprar cigarrillos</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>Fumo todo el tiempo</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>Fumo a pesar de los riesgos para mi salud.</b>				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
<b>¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y hasta que fuma su primer cigarrillo?</b>				
Hasta 5 minutos	De 6 a 30 minutos	De 31 a 60 minutos	Más de 60 minutos	
<b>¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?</b>				
Si	No			
<b>¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?</b>				
El primero de la mañana.	Cualquier otro.			
<b>¿Cuántos cigarrillos fuma al día?</b>				
Menos de 10 cigarrillos	Entre 11 y 20 cigarrillos	Entre 21 y 30 cigarrillos	31 o más cigarrillos	
<b>¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?</b>				
Si	No			
<b>¿Fuma aunque esté muy enfermo y tenga que guardar cama la mayor parte del día?</b>				
Si	No			

**¡Gracias por su participación!**

### **SECCIÓN B: FUMADORES OCASIONALES**

**Instrucciones:** Conteste las preguntas en el recuadro correspondiente de acuerdo a su situación

	RESPUESTA			
<b>¿A qué edad probó por primera vez un cigarrillo?</b>				
<b>¿Qué tan seguido fuma?</b>				
Menos de una vez al mes	Una vez al mes	De 2 a 3 veces por mes	Una vez a la semana	De 2 a 3 días a la semana

**¡Gracias por su participación!**

### **SECCIÓN C: EX-FUMADORES**

**Instrucciones:** Conteste las preguntas en el recuadro correspondiente de acuerdo a su situación

	RESPUESTA			
<b>¿A qué edad probó por primera vez un cigarrillo?</b>				
<b>Si llegó a fumar por lo menos un cigarro durante todos los días en un periodo de al menos 6 meses: ¿Qué edad tenía cuando esto ocurrió? (Si nunca fumó de manera regular anote 0)</b>				
<b>¿A qué edad dejó de fumar?</b>				
<b>¿Cuántas veces intentó dejar de fumar antes de lograrlo?</b>				

**¡Gracias por su participación!**