



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Autoeficacia y Apoyo Social asociadas al Mantenimiento de la
Abstinencia en pacientes de la Clínica para Dejar de Fumar del
INER"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Gabriel Alberto González Rojas

Director: Mtro. **Ángel Francisco García Pacheco**

Dictaminadores: Dra. **Patricia Guillermina Landa Durán**

Mtro. **Ernesto Arenas Govea**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Año 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por los conocimientos y enseñanzas que a través de sus aulas y pasillos me formaron como el profesional que ahora soy, así como brindarme la oportunidad de ser, orgullosamente, parte de esta gran familia. A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y a la carrera de Psicología por permitirme estudiar dentro de ellas.

Agradezco al Mtro. Ángel, a la Dra. Patricia y al Mtro. Ernesto por toda su disposición y apoyo en mi proceso de titulación.

Agradezco infinitamente a mi mamá y maestra por el grande y excelente esfuerzo que ha tenido para sobre mí, así como sus atenciones, lecciones y enseñanzas que me ha brindado a lo largo de toda mi vida, las cuales me han formado como la persona quien soy ahora. Por su inmenso amor, comprensión, esfuerzo, su apoyo total y por su vida hacia mí y mi crecimiento y formación como persona. MUCHAS GRACIAS!! Te amo mami! :D

A Liz por todo su apoyo, tiempo, atención y su grande amor que me ha dado, por todas esas alegrías que hemos pasado juntos así como esos bellos aprendizajes que hemos tenido a lo largo de todo este tiempo. Por enseñarme a tener fe en momentos difíciles y compartir sus pensamientos y sentimientos conmigo. También eres mi maestra. Muchas Gracias te amo mi amor!

“Un maestro es aquel que te deja algo importante para la vida” Por ello agradezco también a quienes me enseñaron el valor de la vida, a respetarla y la importancia del servicio. Maestro Gerardo y maestra Irma, gracias por compartir sus valiosas enseñanzas y reflexiones y de mostrarme una manera diferente de sentir y vivir. Trabajo en disciplinarme y en mis emociones.

Agradezco también al Dr. Sansores y a Valeri, Gaby y Eryka por el apoyo brindado en mi estancia en el instituto y el departamento de tabaquismo y epoc del INER.

A mis amigos!! Que sin ellos la universidad no hubiera sido esa experiencia tan divertida y bonita. A “mamá” Adriana, Dan metalero, Edwininho hardcorero, Datoli!!, Jorge zombi, Fercho chingón bambú, Mike luchador y Pavlov puff. Gracias por esas fiestas, pensamientos random dentro del salón, partidos exhaustivos, equipos y trabajos bajo presión y locas aventuras! Y por último a Bellota, gracias por esos 14 años de arañazos y brincos! :D

“Si hay rectitud, habrá belleza en el corazón; si hay belleza en el corazón, habrá armonía de hogar; si hay armonía de hogar, habrá orden en la nación; si hay orden en la nación, habrá paz en el mundo; depende de mí”

RESUMEN

El dejar de fumar es un proceso difícil para quienes lo han decidido, ya que no solo se requiere, como muchas personas piensan, *voluntad*, sino intervienen una serie de factores para que la conducta de dejar de fumar cese y, sobre todo, la abstinencia se mantenga por períodos prolongados.

Dentro de los factores que intervienen se encuentran los demográficos, los genéticos, la historia de consumo, así como características individuales y sociales. Estos dos últimos son retomados en esta investigación, y de manera particular, hablamos de la autoeficacia de mantenimiento, como característica individual, y del apoyo social, como recurso externo de la persona, ambas vistas como variables que favorecerán al mantenimiento de la conducta de dejar de fumar.

Lo anterior, se contextualiza en el área de la psicología de la salud y en particular dentro del marco teórico del Modelo Procesual de Acción en Salud propuesto por Ralph Schwarzer en 1992, el cual menciona que para que una conducta saludable se adquiera y se mantenga, la autoeficacia juega un papel muy importante, tanto en la primera fase de formación de la *intención* o fase prevolitiva tanto como en la segunda fase del modelo o fase volitiva en la cual la persona elabora un plan estructurado para conseguir su objetivo y mantenerlo a lo largo del tiempo. Esta última fase también es acompañada por otros factores o variables que contribuirán a que el mantenimiento se prolongue, tal es el caso de las barreras y recursos externos con los que puede contar o tener una persona. En particular, se hablará del apoyo social como recurso externo que cooperará al mantenimiento de la abstinencia de dejar de fumar. Para conocer lo anterior, se realizó la aplicación del Cuestionario de Apoyo Social y el Cuestionario de Breve de Confianza Situacional en pacientes de la Clínica e Dejar de Fumar del INER y posteriormente se analizaron los resultados.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo 1. Tabaquismo	8
1.1. El tabaco en América	9
1.2. El Tabaco en Europa	10
1.3. Epidemiología	13
1.4. Enfermedades asociadas al consumo de tabaco	16
Capítulo 2. Modelo Procesual de Acción en Salud	18
Capítulo 3. Autoeficacia	23
3.1. Fuentes de la Autoeficacia	24
3.2. La Autoeficacia en el Modelo Procesal de Acción en Salud	25
Capítulo 4. Percepción de Apoyo Social	29
4.1. Apoyo Social y el fumar	31
Método	42
Resultados	48
Conclusiones	58
Referencias	62
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (2008) menciona que la prevalencia del tabaquismo a nivel mundial es aproximadamente del 30%. Afectando y muriendo 5.4 millones de personas cada año a consecuencias de enfermedades asociadas al consumo del tabaco, lo que equivale a 11,000 muertes diarias.

En México, los datos mostrados en la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (2009) (GATS por sus siglas en inglés), señalan que el 15.9% de la población mexicana mayor de 15 años es fumadora. Convirtiéndolo en un problema de salud pública de alto impacto debido a los riesgos que conlleva el consumo del tabaco y la exposición al humo de tabaco que no solo afecta al fumador sino también a terceras personas. “Asimismo, el consumo de tabaco representa un factor de riesgo en seis de las ocho causas de mortalidad en el mundo. Mientras en México, ocurren más de 53,000 muertes diarias entre personas fumadoras por enfermedades asociadas al tabaquismo” (Secretaría de Salud, 2011, p. 1).

La ENA 2011 le preguntó a los fumadores activos sobre la posibilidad de dejar de fumar. El 58.4% de toda la población han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (57.2%); disminuir gradualmente el número de cigarrillos (17.6%); dejar de comprar cigarrillos (14%); En general, el 79.6% de los participantes ha escuchado hablar de medicamentos para dejar de fumar. Pero solo el 2% ha sustituido fumar por otra opción o se ha sometido a tratamiento.

Lo que muestra esto es que la mayoría de las personas que fuma o que han intentado dejar de fumar solo consideran los medicamentos como la única manera para dejarlo, sin considerar el dejar de fumar súbitamente, sin saber que no solo el utilizar un medicamento ayuda a dejar de fumar sino también no han concientizado que los medicamentos no son “pastillas mágicas” que al tomarlos se quitarán todos sus problemas de tabaquismo. Lo que deja ver que las personas solo esta enfocadas en la dependencia física (la necesidad compulsiva por fumar cuando los niveles de

nicotina se encuentran bajos de sangre) que produce el cigarro, y aunque para ello precisamente existen medicamentos especializados que atacan de manera física esta adicción, el tabaquismo no solo se constituye por este tipo de dependencia, sino también de la psicológica, (deseo compulsivo por fumar cuando los niveles de nicotina están altos en sangre. Resulta al relacionarse un evento con un objeto específico como por ejemplo tomar una taza de café o una copa y fumar un cigarro, fumar después de los alimentos etc. y se requiere, para obtener placer la presencia o administración periódica de uno cuando el otro ocurre) la cual juega un papel igual de importante para dejar de fumar como los medicamentos.

El proceso de dejar de fumar es un proceso difícil para la persona que lo ha decidido, ya que interviene no solo la decisión de hacerlo y tener voluntad, sino de otros factores que probabilicen la recaída o que siga la abstinencia. Dentro de los factores que intervienen se encuentran:

Los demográficos que son aquellos como la edad, el sexo, la profesión, nivel socioeconómico, nivel educativo, raza, estado civil. Las características individuales como las habilidades de afrontamiento de la persona, estilos cognitivos, actitudes factores de personalidad, estatus de salud, consumo de otras sustancias y estado de ánimo. Los factores biológicos como nivel de dependencia, genética, efectos del consumo en el organismo, factores bioquímicos y endocrinológicos, síntomas de abstinencia, peso. Historia de consumo como años que ha ingerido dicha sustancia, marca y dosis, intentos previos de abandono, motivos para dejar de fumar, motivos para no dejar de fumar, recaídas previas. Los factores ambientales como políticas sobre el consumo en ciertas áreas y estímulos relacionados con la conducta del fumar. Y por último, los factores sociales como el apoyo social, la influencia, historia familiar de consumo y relaciones interpersonales.

Esta investigación se centrará en dos de ellos, en el apoyo social y la autoeficacia de mantenimiento de Schwarzer, dados los argumentos que a continuación se exponen.

Martos y Pozos (2011) mencionan que en cuanto al apoyo social, es importante en la adherencia de prescripciones terapéuticas, ya que la falta de apoyo puede significar que los hábitos de salud o conductas saludables tengan una menor adopción y cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud. Por tanto, las necesidades de apoyo tienen que ser justas y adecuadas, en ocasiones, hasta en el nivel de etapa en la que se encuentre la persona a la que se le está brindando apoyo en relación a su situación o problema, de no ser el adecuado, repercutiría mucho en dicha situación.

Cohen y colaboradores (1988, citado en: Stewart, Thomas y Copeland, 2010) y Carreras y Sánchez (2002) mencionan que el apoyo social juega un papel importante en la motivación para dejar de fumar, ya que baja el estrés y alienta la perseverancia en la etapa de mantenimiento de la abstinencia.

El apoyo social se contempla en los diseños de tratamientos para dejar de fumar y han mostrado porcentajes importantes sobre la abstinencia. Se ha observado que es más factible dejar de fumar y permanecer abstinentes si el fumador cuenta con una buena red de soporte social en general. Una mejor estructura de apoyo (medida por índices de integración) es un factor predictor de escaso riesgo de recaída. El tener una mayor red de apoyo social puede contribuir a crear un ambiente más manejable en general, disminuyendo los niveles de estrés y de forma indirecta la probabilidad de volver a fumar (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002, p. 72).

Por otro lado, en cuanto a la autoeficacia, Condiotte y Lichtenstein (1981 en Strecher, McEvoy, Becker y Rosenstock, 1986) encontraron que bajos niveles de autoeficacia en los tratamientos para dejar de fumar eran altamente predictivos para tener una recaída y de longitud de tiempo antes de ella.

Bandura (1997) menciona que en fumadores pesados quienes intentaron dejar de fumar, el éxito obtenido de quienes pudieron fue debido a una fuerte eficacia

percibida por ellos al principio que los que recayeron y siguieron fumando. Se ha visto en estudios en personas quienes están en un cambio de conducta para dejar de fumar y tienen un bajo nivel de autoeficacia aumenta la vulnerabilidad a la recaída. Así como aquellas que perciben un nivel de autoeficacia pueden resistir sus deseos de fumar.

El tabaquismo al igual que las demás adicciones, necesita de un trabajo multidisciplinario que ayude a la persona para poder salir de esta situación. Debido a que el tabaquismo es un problema de salud pública, la psicología ha propuesto modelos de intervención en el área de la salud. Entre ellos están:

Tabla 1
Modelos de intervención en el área de psicología de la salud

Interconductista	Propuesta de Ribes (1990)
Modelo de creencias en salud	Rosenstock (1966) y Becker (70 y 80's)
Teoría de la motivación protectora	Rogers (1975, 1985)
Teoría de la acción razonada	Ajzen y Fishbein (1975)
Teoría de la conducta planeada	Basada en la teoría de la acción razonada y desarrollada posteriormente por Ajzen (1985, 1986, 1988)
Teoría de la acción social	Ewart (1991)
Modelo de adopción de precauciones	Weinstein (1988)
Proceso de acción a favor de la salud	Schwarzer (1992)

Así, para este estudio se utilizará el modelo psicológico en salud de Proceso de Acción a Favor de la Salud de Schwarzer. Este modelo considera que la adopción de precauciones o el cambio de hábitos deben de ser vistos como un proceso de autorregulación divisible en varios estadios; uno de motivación, en la que se forma la intención de cambio, y otro de acción y mantenimiento.

Así, el modelo se divide en dos estadios, el de motivación, que es la cual se forma una meta o intención de una conducta y en la cual intervienen tres grupos de variables cognitivas: 1.- percepciones de riesgo, 2.- expectativas de resultados y 3.- la autoeficacia. El segundo estadio es el de mantenimiento; el cual hace referencia a tres factores determinantes: el carácter conductual (plan de actuación); el carácter cognitivo (auto eficacia o control de la acción); y carácter situacional, que hace referencia a las barreras y recursos externos.

Así, el interés de esta investigación se fundamenta en la idea de contribuir a que las personas logren una abstinencia a largo plazo, estudiando la autoeficacia y apoyo social como factores predictores para la abstinencia y ser considerados en futuros tratamientos en las cuales se pueda intervenir y se logre una abstinencia a largo plazo.

Con esta investigación se realizará un aporte al área de la psicología de la salud y al de las adicciones, en especial a los estudios realizados que se dedican a investigar en la dimensión psicológica del tabaquismo.

El objetivo de esta investigación es el siguiente: Contrastar el nivel de autoeficacia de mantenimiento y la percepción de apoyo social en pacientes con tratamiento en abstinencia y los que recayeron durante el tratamiento para dejar de fumar.

Para lograr lo anterior, en el capítulo uno se realizará un breve recorrido sobre el uso inicial del tabaco y su expansión hacia el mundo, así como su epidemiología y las enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

En el capítulo dos, se expone los principios del Modelo Procesual de Acción en Salud, el cual da una aproximación de la adquisición de una conducta sana y las variables que intervienen para el logro de ésta. Lo anterior ayudará a contextualizar este trabajo.

En el capítulo tres se hablará de la autoeficacia, de las fuentes de donde proviene que son: las experiencias anteriores, las experiencias vicarias, la persuasión verbal y el estado emocional, y cómo está relacionada con el Modelo Procesual de Acción en Salud.

En el cuarto capítulo y último, abordaremos lo que es el apoyo social y cómo interactúa esta variable con el proceso de dejar de fumar.

Para concluir se realizará un análisis estadístico y finalmente se formulará algunas conclusiones acerca de las variables anteriormente mencionadas y el papel que juegan en el proceso de dejar de fumar.

1. TABAQUISMO

En 1964 el U.S. Surgeon General enunció que era necesario establecer una distinción entre habituación y adicción para clasificar las drogas. Así, la habituación fue caracterizada por el consumo repetido de una determinada droga y por los siguientes aspectos: (a) deseo, pero no compulsivo, de continuar tomándose la droga para mejorar la sensación de bienestar; (b) pequeña tendencia en aumentar gradualmente la dosis; (c) un cierto grado de dependencia física causado por la droga, pero con la ausencia del síndrome de abstinencia y (d) efectos que perjudican el individuo. La adicción por otra parte fue caracterizada por: (a) fuerte deseo o necesidad (compulsión) de seguir consumiéndola. (b) obtención de la droga a través de todos los medios posibles; (c) dependencia física y psicológica provocadas por la droga y (d) efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad. A partir de esta diferenciación fue posible elaborar una de las primeras clasificaciones del tabaquismo como hábito y no como una adicción, porque los efectos bio-fisiológicos del tabaco, como también de otras sustancias como la cafeína, no son comparables con el efecto producido por otras sustancias como el alcohol, los barbitúricos, la heroína o la cocaína. De tal manera que el tabaquismo fue considerado en los 60's como hábito, en los 70's como dependencia y ya en los 80's como adicción (Teixeira di Carmo, Andrés y Álvarez, 2005, p. 999).

Hoy en día la definición del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) es de las más utilizadas en el ámbito hospitalario y de instituciones públicas de salud, lugares donde se imparten tratamientos para dejar de fumar, así como investigaciones médicas relacionadas con el tabaquismo.

Para no dejar pasar el dato, la definición utilizada en las instituciones médicas, como se decía, es la utilizada por el DSM-IV donde menciona que se trata de: un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o distrés clínicamente significativo, manifestado por tres o más de los siguientes síntomas en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Síntomas:

- Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuado.
- Las características del síndrome de abstinencia provocadas por la falta de la sustancia.
- Se ingiere la sustancia para aliviar o evitar la abstinencia.
- Se ingiere la sustancia con frecuencia en mayor cantidad o durante un período de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

Sin embargo en últimos criterios presentados en el DSM-IV incluyeron trastornos relacionados con la nicotina: Dependencia de nicotina, Abstinencia de nicotina y trastorno relacionado con nicotina no especificado.

1.1. El Tabaco en América

Luna (2010) y Serrano y Rojo (2004) mencionan que la planta del tabaco es originaria de América y fue introducida en Europa por los colonizadores españoles y portugueses a su regreso. Sin embargo antes de su exportación a Europa, el tabaco ya era consumido en América por diversos pueblos nativos y culturas importantes de América.

Los mayas, llegaron a emplearlo con dos fines, el primero como remedio universal, para calmar la sed y proporcionar fuerza, tomándolo en forma de polvo que se mezclaba con cal y el segundo como vínculo de adivinación, ya que para interrogar al espíritu, según las creencias mayas que habitaba en la pantorrilla derecha, se frotaba la pierna con la saliva obtenida de la masticación del tabaco; si los músculos de la pantorrilla se movían significaba una respuesta afirmativa. Los mayas además son los primeros fabricantes de cigarros, para lo que seguían un

complejo y elaborado proceso en el que incluían la elaboración de una pasta de varios vegetales con la que recubrían las hojas que servirían de envoltorio del tabaco. Por otra parte los aztecas la utilizaban como medicina casi universal, empleada contra el asma, la fiebre, las convulsiones, heridas producidas por mordeduras de animales, problemas digestivos, enfermedades de la piel y de los ojos; y masticando para combatir los dolores de parto y muelas y para combatir el cansancio(Luna, 2010, párr. 44).

Posteriormente a la llegada y conquista de los españoles y portugueses, comenzó el consumo de tabaco en Europa. Hasta entonces el control y el comercio monopólico del tabaco estaba bajo control total de España, hasta 1584, cuando Inglaterra comenzó a producirlo en Virginia, transformándose el tabaco como dinero que ingresaba al tesoro real (Serrano y Rojo, 2004, p. 9).

1.2. El Tabaco en Europa

Después de su expansión llegó a Francia, donde Jean Nicot, embajador de Francia en Portugal, recomendó a Catalina de Medicis, reina de Francia, la inhalación de las hojas trituradas del tabaco como tratamiento contra las cefaleas migrañosas que aquejaban a ella. El mismo Jean Nicot se encargó de propagar en la corte francesa las propiedades medicinales de la planta del tabaco. Es así cuando Carlos Linneo estableció la nomenclatura botánica, dándole el nombre a la planta el nombre Nicotina en Honor a Jean Nicot (Regalado, Sansores y Buitrago, 2005, s98).

De esta manera fue que se difundió la idea de que el tabaco era una planta medicinal utilizada para diversas enfermedades y se corrió el rumor de dicho efecto medicinal por toda Europa hasta su comercialización mundial. Sin embargo, no tardó mucho tiempo para que comenzaran a salir sus detractores y personas que estaban en contra del consumo de dicha sustancia.

En la segunda mitad del siglo XVI, la aristocracia europea había aceptado sin reparos la moda, Así es como Sir Walter Raleigh, fundador de la colonia de Virginia en América, adquiere el hábito de fumar en pipa e introduce esta práctica en la corte inglesa, por lo que resultaba para cualquier joven, elegante imitar este comportamiento. Frente a esto, comienzan a aparecer los primeros movimientos en contra. Las altas jerarquías empiezan a preocuparse por los daños que podía infligir al pueblo. En 1604, Jacobo I de Inglaterra, sucesor de Isabel I, se definió como un declarado enemigo de la costumbre de fumar y publicó un documento *Oposición contra el tabaco*, donde opinaba que era hábito sucio y dañino para la salud, adquirido de un pueblo bárbaro y que los galantes humeadores constituían una amenaza social, así como ser una costumbre repulsiva a la vista, molesta para el olfato, dañina para el cerebro y peligrosa para los pulmones. A pesar de estas y otras severas ordenanzas, el consumo del tabaco se extendía cada vez más, convirtiéndose en un gran negocio y en una fuente extraordinaria de ingresos para las arcas reales (Serrano y Rojo, 2004, p.10).

El fumar no sólo era parte de las prácticas aristocráticas, también era considerada una conducta no grata; por ejemplo: en Rusia el zar Miguel Federovitch dispuso que los fumadores fueran torturados hasta confesar el nombre de su proveedor, cortándoles la nariz de ambos. En Turquía los fumadores sorprendidos eran ejecutados o arrastrados por el suelo a través de las calles de Constantinopla con su pipa atravesada en la nariz y en China año de 1638 se decretó que todos los individuos sorprendidos traficando con tabaco o fumando serían decapitados.

La percepción del fumar como práctica disruptiva y la persecución de los fumadores toma un matiz comercial en el siglo XVIII, con la regulación estricta su producción y comercialización, delimitando así la cantidad que se podía tener y las zonas permitidas para su cultivo.

Para el siglo XIX la mecanización del proceso de manufactura y envase se inicia hacia 1870, marcando el comienzo de una nueva etapa, siendo las maquinas

quienes que permiten la producción masiva. A los países tradicionales productores se suman otros como China, Rusia y Japón, obteniendo cuantiosos beneficios mediante el control fiscal por parte del estado de las compañías arrendatarias del monopolio. En las primeras décadas del siglo XX el consumo mundial crece impulsado por gigantescas campañas de propaganda en los medios de comunicación. En este siglo se producen dos hechos importantes. Por un lado, la I Guerra Mundial, donde el tabaco entre los soldados era considerado tan indispensable como los alimentos; y, por otro, la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la adopción de *roles* típicamente masculinos, entre ellos el hábito tabáquico.

Paulatinamente fumar se convierte en una agradable forma de relación humana que se asocia con determinados modelos de comportamiento de personajes populares del mundo real y de la ficción. La pipa se hace sinónimo de inteligencia y esnobismo; por ejemplo, Sherlock Holmes, el comisario Maigret, o el filósofo Sartre... El puro habano es propio del personaje del “buen vivir”, orondo, triunfador y satisfecho de sí mismo como, por ejemplo, Orson Welles, Winston Churchill o Alfred Hitchcock (Serrano y Rojo, 2004, p. 11).

Otra vertiente en los estudios sobre tabaquismo son sus propiedades químicas y los efectos que traían al cuerpo.

A pesar de los nuevos procedimientos utilizados por la industria tabacalera para hacer de su producto lo menos irritante posible para las vías respiratorias, los efectos nocivos que producía el consumo del tabaco no desaparecerían.

Así, es a partir de 1930 cuando comienzan a aparecer los primeros estudios científicos acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud en revistas médicas y científicas. En 1938, el doctor Raymond Pearl, de la Universidad John Hopkins, informa que fumar acorta la vida. Las compañías tabacaleras respondieron y siguen haciéndolo extrayendo nuevos recursos publicitarios para captar a

fumadores cada vez más jóvenes. Desde entonces, son multitud los trabajos científicos que demuestran la asociación entre tabaco y cáncer de diferentes localizaciones, arteriosclerosis, cardiopatía isquémica o broncopatía crónica, entre otros (Serrano y Rojo, 2004, p. 12).

Desde esas épocas, el tabaquismo se consideró un problema de salud pública que originaba enfermedades importantes pero también con carácter de prevenible.

De los estudios epidemiológicos actuales se deduce, sin duda alguna, el papel fundamental que ejerce el tabaco como agente etiológico en el desarrollo de numerosas enfermedades. Muchas y muy variadas son las patologías asociadas con el hábito de fumar, habiéndose asociado con más de 25, lo que representa uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población, siendo la principal causa de muerte prematura y evitable (Gallardo, Sánchez y Almonacid, 2004, p. 34).

1.3. Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (2008) la prevalencia del tabaquismo a nivel mundial es aproximadamente del 30%. Afectando y muriendo 5.4 millones de personas cada año a consecuencia de enfermedades asociadas al consumo del tabaco, lo que equivale a 11 000 muertes diarias.

Hoy en día el consumo de tabaco causa una de cada 10 defunciones de adultos en el mundo, de tal manera que de no tomarse medidas contra el tabaquismo, para el 2030, las víctimas mortales anuales del tabaco aumentarían a más de 8 millones. “Los países en los que el tabaquismo está presente son 14 y tienen a más de la mitad de los fumadores, estos son: Bangladesh, Brasil, China, Egipto, Filipinas, India, México, Polonia, Rusia, Tailandia, Turquía, Ucrania, Uruguay y Vietnam” (Secretaría de Salud, 2011, p. 1).

De esta manera en México, los datos mostrados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009 (GATS por sus siglas en inglés) publicados por la Secretaría de Salud en el 2011, señala que el 15.9% de la población mexicana mayor de 15 años es fumadora. Convirtiéndolo en un problema de salud pública de alto impacto debido a los riesgos que conlleva el consumo del tabaco y la exposición al humo de tabaco que no solo afecta al fumador sino también a terceras personas. “Asimismo, el consumo de tabaco representa un factor de riesgo de seis de las ocho causas de mortalidad en el mundo. Mientras en México, ocurren más de 53,000 muertes diarias entre personas fumadoras por enfermedades asociadas al tabaquismo” (Secretaria de Salud, 2011, p. 1).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011) en una población de entre 12 y 65 años encontró que 21.7% de la población mexicana es fumadora activa (31.4% de los hombres y 12.6%) de las mujeres ; 26.4% son exfumadores (30.9% de los hombres y 22.2% de las mujeres), y 51.9% nunca ha fumado (37.8% de los hombres y 65.2% de las mujeres). En términos absolutos se estima que 17.3 millones de mexicanos entre 12 y 65 años son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres), 21 millones son exfumadores y cerca de 41.3 millones nunca ha fumado.

En relación con los fumadores activos entre 12 y 65 años, inician el consumo diario de cigarrillos, en promedio a los 20.4 años, fuman en promedio 6.5 cigarrillos diarios, el 50% de los fumadores diarios fuma menos de 4 cigarrillos al día, solo el 1.5% fuma más de 20 cigarrillos diarios.

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos, son las siguientes: El 72.2% de los fumadores activos, le “da el golpe al cigarro”, 75% entre los hombres y 65.6% entre las mujeres. Este comportamiento se observa principalmente en la áreas urbanas, en virtud de que 74.4% de los fumadores activos le “dan el golpe”, comparado con 61.1% de los fumadores de las áreas rurales.

El tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarrillo del día es uno de los indicadores más importantes de la adicción. En México el 11.4% de los fumadores activos en el último mes (1.5 millones personas) fumaron su primer cigarrillo 30 minutos después de despertarse, este nivel es de muy alta adicción fue similar para hombres (12.8%) y mujeres (8.6%)

El 26.4% de la población del rango estudiado, cerca de 21 millones de mexicanos, dejaron de fumar y no fumaron en el último año, siendo la consciencia sobre los daños a la salud que provoca el consumo de tabaco la principal razón para hacerlo. Seis de cada diez fumadores ha intentado alguna vez dejar de fumar, la mayoría lo intenta dejando de fumar súbitamente, dos de cada diez lo hace dejando de fumar progresivamente y una pequeña porción lo hace dejando de comprar cigarrillos. Llama la atención que cerca del 80% de los fumadores ha escuchado hablar de los medicamentos para dejar de fumar pero solo el 2% se ha sometido a un tratamiento formal.

El 58.4% de toda la población han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (57.2%); disminuir gradualmente el número de cigarrillos (17.6%); dejar de comprar cigarrillos (14%); ha sustituido fumar por otra opción o se ha sometido a tratamiento (2%). En general, el 79.6% de los participantes ha escuchado hablar de medicamentos para dejar de fumar.

La ENA 2008 menciona que únicamente 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar. El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (chicles y parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; 29.5%

contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir. Finalmente, 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas mencionadas. En relación a los ex fumadores, que son 17.1%, cerca de 13 millones. La edad promedio en la que los adultos que habiendo fumado alguna vez en su vida y que al momento de la encuesta se consideraban ex fumadores dejaron de fumar fue de 27.7 años de edad: 29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres. Estos ex fumadores fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6, los hombres y 6.4, las mujeres. Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%). Se obtuvieron proporciones semejantes al estratificar por sexo y por grupos de edad (adolescentes y adultos).

1.4. Enfermedades Asociadas al Consumo de Tabaco

Por otra parte, Gallardo, Sánchez y Almonacid (2004) mencionan que las enfermedades asociadas al tabaquismo son carcinoma broncogénico (26.5%), EPOC (20.9%), enfermedad cardiovascular (12.8%) y enfermedad cerebrovascular (9.2%). A pesar de ser las anteriores enfermedades mayormente prevalentes y asociadas al consumo de tabaco, las investigaciones muestran que el consumo de tabaco se encuentra asociado también con cáncer de boca, cáncer de laringe, cáncer de riñón y vejiga, cáncer de esófago, cáncer urogenital en la mujer, páncreas y mama y algunos tumores hematológicos (leucemias linfoides o mieloides). Lo anterior aunado al hecho de que pocos años de haber empezado el consumo de tabaco comienzan a manifestarse síntomas como: fatiga, pérdida de apetito, mayor riesgo de amigdalitis, alteraciones del ritmo cardiaco, mayor frecuencia de resfriados, color amarillento de dedos y dientes, tos y expectoración frecuente y halitosis. Mientras que en personas no fumadoras y en lugares sin ventilación puede provocar irritación de los ojos, cefaleas, faringitis, afonía, estornudos, tos, reagudización de síntomas de la sintomatología en individuos alérgicos, asmáticos e incremento a padecer enfermedad coronaria.

Regalado, Sansores y Buitrago (2005) mencionan que la exposición involuntaria al humo del cigarro es potencialmente dañina, los niños principalmente son los mas afectados a la exposición pasiva del humo del tabaco. Menciona que dentro de las enfermedades asociadas al humo y exposición pasiva del humo en niños destacan el síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas, síntomas respiratorios crónicos, reducciones del funcionamiento pulmonar, asma y agravamiento de los síntomas asmáticos y enfermedades agudas y crónicas del oído medio.

Una vez revisado de manera breve la historia del tabaco y de las enfermedades asociadas a su consumo, se observa que el fumar es una conducta que más que traer beneficios al cuerpo, altera nuestra salud y que desencadena graves consecuencias no solo para quien fuma sino para aquellos que rodean al fumador, por ello en el siguiente capítulo se verán los factores que determinan que una persona decida cambiar su conducta de fumar por una más sana.

2. MODELO PROCESUAL DE ACCIÓN EN SALUD

El Modelo Procesual de Acción en Salud, es un modelo utilizado en el área de la psicología de salud con el cual se puede predecir y ayudar al cambio de comportamientos saludables. Este modelo, creado por Ralph Schwarzer, consta de dos momentos que servirán en su continuo al cambio y adquisición de una conducta saludable. Este modelo se divide en dos fases implícitas: a) fase motivacional o de procesos motivacionales y b) fase volitiva o procesos volitivos.

Fase a) Motivacional o de procesos: En esta fase se pretende desarrollar una intención de cambio de conducta, para este efecto se necesitan de tres variables socio-cognitivas, a saber: riesgo percibido, expectativa de resultado y autoeficacia. Estas tres variables son necesarias para que se pueda formar una intención de conducta y de cambio.

Percepción de riesgo: Incluye la propia percepción de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico, introduciendo a la persona en un proceso de contemplación y elaboración subsecuente de pensamiento sobre las consecuencias y las propias competencias. En ocasiones, estas percepciones de riesgo están distorsionadas y reflejan un sesgo optimista que conduce a subestimar el riesgo objetivo. Pese a lo cual cierto grado de amenaza puede tener un valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En términos causales estas percepciones de riesgo influyen solo en la instauración o inicio del estadio, siendo su efecto indirecto más que directo.

Expectativa de resultado: Las expectativas de resultados son las que representan el conocimiento de que un determinado comportamiento conduce a determinados resultados. Las expectativas de resultado positivas tienen valor decisivo en la fase motivacional, ya que las personas analizan los “pros” y “contras” de adoptar un comportamiento.

Expectativas de eficacia: La autoeficacia que se refiere a la creencia de poder realizar dicho comportamiento. Se necesita creer en las propias habilidades que tiene uno mismo para poder adoptar las acciones deseadas.

Por ejemplo, una persona puede estar convencida de que abandonar el tabaco daría como resultado un mayor nivel de salud y la neutralización de la percepción de riesgo de padecer un cáncer de garganta (expectativa de resultado), y esta misma persona cree que no es capaz de llevar a cabo acciones oportunas para ello (expectativa de eficacia o autoeficacia).

Fase b) *Fase de procesos volitivos*: Schwarzer (2008) menciona que “las buenas intenciones” no son suficientes para el cambio de conducta, se necesita la práctica, en esta fase se deben de desarrollar instrucciones detalladas sobre como ejecutar las acciones deseadas, ya que se necesitan habilidades y estrategias autoregulatoras especiales. Dentro de esta fase se describen tres factores determinantes: el *carácter conductual*(plan de actuación); el *carácter cognitivo* (autoeficacia o control de la acción; y *carácter situacional*.

Carácter conductual: Plan de acción, es transformar en instrucciones específicas sobre el modo de ejecutar la conducta saludable.

Carácter cognitivo: Percepción en el control de la acción. Una vez que se ha iniciado la acción, hay que mantenerla, por lo que el segundo paso de esta etapa es cómo la persona percibe tener el control de la acción, que también está vinculado al sentido de la autoeficacia. Será esta variable la que determine la cantidad de esfuerzo y el tiempo que la persona deberá invertir para alcanzar la meta deseada.

Carácter situacional: Que hace referencia a las barreras y recursos externos. Dando algunos ejemplos (Amigo y cols., 1998 en Medina y León, 2004) menciona que algunas barreras que se identifican podrían ser: a) Barreras culturales o actitudinales: por ejemplo un valor cultural puede estar reñido con conseguir una

conducta sana. b) Barreras provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud: Los hábitos de salud a menudo requieren mucha disciplina, algún esfuerzo, ciertas incomodidades y renunciar a las satisfacciones inmediatas asociadas a los comportamientos de riesgo para la salud. Y c) Barreras provenientes de la estructura del sistema sanitario: Fundamentado bajo los auspicios del modelo biomédico, a lo asistencial, aboga por algún tipo de usuario pasivo, más confiado en la tecnología médica que en sus propias capacidades para desarrollar hábitos de saludables. Mientras que por el lado de los recursos externos un ejemplo podría ser el contexto social en el que transcurre la vida personal, Medina y León (2004) mencionan que un ejemplo podría ser la red social que ignore el proceso de manejo de la conducta de dejar de fumar al consumir cigarrillos en presencia del exfumador crea una situación estresante y difícil de superar o que la cónyuge decida también dejar de fumar teniendo como resultado el apoyo social como situación que crea que se mantenga por más tiempo en abstinencia el exfumador.

Schwarzer y Gutiérrez-Doña (2009) mencionan que el Modelo Procesual de Acción en Salud se divide en la fase motivacional y la fase volitiva o de acción y mantenimiento, sin embargo, para la práctica, es necesario identificar en qué estado se encuentra la persona para poder intervenir en ella. Para ello lo divide en tres tipos de grupos a las personas: los inactivos sin intenciones, los inactivos con intenciones y los actores.

En principio *los inactivos sin intenciones* se beneficiarían de ser confrontados con las expectativas positivas de resultado y de recibir información de los riesgos derivados de su conducta o de su condición. Necesitan aprender que un comportamiento nuevo tiene resultados positivos y benignos en contraposición de las consecuencias negativas. Por otra parte, los *inactivos con intención*, no se beneficiarían de una intervención como la anterior, puesto que ya han migrado de la fase no intencional y han identificado su meta. Para este grupo lo recomendable es que reciban información y sean entrenados en procesos de planificación que los ayude a transitar de las intenciones hacia las acciones. En el caso de *los actores*,

estos ya no necesitan ningún tipo de intervención, a menos que se desee desarrollar habilidades para prevenir recaídas (Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2009, p. 23).

Por último es importante tener en cuenta que, a pesar de las buenas intenciones y los esfuerzos realizados de autocontrol, los cambios de hábitos saludables rara vez avanzan sin contra tiempos.

“Aquellas personas que cuentan con habilidades, recursos y la confianza en su capacidad para hacer frente a los reveses, se recuperarán rápidamente cuando se enfrenten a dificultades imprevistas” (Schwarzer, Snihotta, Lippke, Luzszczynska, Scholz, Schüz, Wegner y cols., 2003, p. 5).

A continuación se muestra el diagrama del Modelo Procesual de Acción en Salud que ejemplifica de manera visual la relación entre las variables y el proceso de adquisición de una conducta.

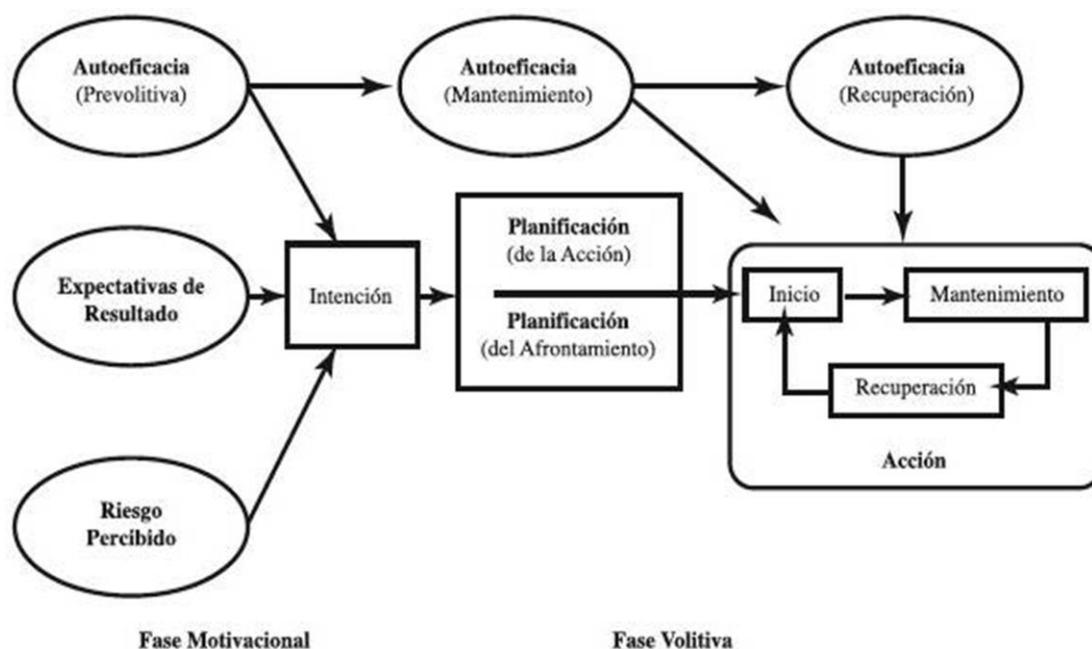


Figura 1. Diagrama del Modelo Procesual de Acción en Salud

Fuente: Tomado de Schwarzer, R. y Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*. Vol.: 28

De tal manera que dentro de un primer tiempo se interesó por medir la autoeficacia de mantenimiento ya que juega un papel muy importante dentro del modelo y por la adquisición de la conducta saludable, y en un segundo tiempo, estudiar si existía alguna relación con algún recurso externo de la persona, en este caso el apoyo social ya que de manera empírica se les pide hacer uso de las estrategias que les damos a los fumadores en tratamiento, pero también se les pide que hagan uso de los recursos que ellos tienen como su red de apoyo con la que cuentan.

A manera de conclusión de apartado, Schwarzer menciona que la intención de adquirir una conducta saludable se dará cuando la persona tenga una percepción de riesgo, una expectativa de los resultados que le brindará el ejecutar dicha conducta y de la creencia que tenga para poder realizar la conducta nueva. Estas tres variables motivaran un cambio, sin embargo para poder efectuar la nueva conducta saludable, así como su mantenimiento, la autoeficacia juega un papel importante en todo el modelo, sin ella, los planes de acción y de control de la conducta no serían posibles, de donde proviene y su importancia dentro del modelo es lo que se hablará en el siguiente capítulo.

3. AUTOEFICACIA

Bandura (1997) menciona que el estilo de vida y los hábitos pueden mejorar o deteriorar la salud. De esta manera, las personas pueden mejorar algunas conductas afectando y mejorando su vitalidad y la calidad de vida. Un concepto mediador en los comportamientos saludables según Bandura es la autoeficacia que la define como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio. Es la creencia de uno mismo para poder realizar conductas específicas en situaciones particulares. Por lo tanto, además del número de habilidades que alguien posee se suma la creencia de uno mismo para poder realizar algo bajo una gran variedad de circunstancias.

De acuerdo con Bandura, la autoeficacia varía a lo largo de las dimensiones de la magnitud, fuerza y generalidad. Cada una de estas dimensiones son importantes para las implicaciones del desempeño y cada una implica una pequeña diferencia en los procedimientos de cómo medirlas.

De tal forma que la *magnitud* se refiere al ordenamiento de tarea por su nivel de dificultad, al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar. Las personas que tienen una baja expectativa de magnitud se sienten capaces de desempeñar grados simples en una serie de tareas, mientras que los que tienen alta expectativas de magnitud, se sienten capaces de realizar hasta las más difíciles series de tareas.

La *fuerza* se refiere a qué tan convencida y resuelta está una persona con respecto a que puede realizar alguna conducta determinada.

Y la tercera dimensión, *generalidad* se refiere a la medida en la que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar alguna actividad pueden extenderse a otras conductas o contextos similares.

3.1. Fuentes de la autoeficacia

Bandura menciona que la autoeficacia es constituida por cuatro principales fuentes de información: *las experiencias* que nos sirven como indicadores de nuestra capacidad; *experiencias vicarias* que son la transmisión de las competencias y la comparación con los logros de los demás; la *persuasión verbal* obtenida de las influencias sociales donde éstas resaltan las capacidades que uno posee; y los *estados fisiológicos y afectivos* que pueden afectar sus habilidades.

Las experiencias anteriores: Particularmente el éxito o el fracaso, son la fuente principal de la autoeficacia y ejerce la mayor influencia sobre la conducta del individuo. Las experiencias anteriores se refieren a que el individuo mide los efectos de sus acciones, y sus interpretaciones de estos efectos le ayudan a crear su autoeficacia con respecto a la acción realizada. De este modo, los resultados de sus acciones que se interpretan como exitosos aumentan su autoeficacia, mientras que los resultados considerados como fracasos la disminuyen.

Las experiencias vicarias (el aprendizaje por observación, modelamiento o imitación) influyen en las expectativas de autoeficacia de la persona, ya que al observar la conducta de otra persona con características similares a ella, observa su conducta y de lo que es capaz de hacer, nota las consecuencias de su conducta y luego usa esa información la toma para formar sus propias expectativas sobre una determinada conducta y sus consecuencias si la realiza.

La tercera se refiere a la *persuasión verbal*, es decir, aquellas personas que reciben comentarios acerca de habilidades que ellas mismas poseen por parte de otras personas, aun sin realmente haberlas visto efectuarlas, ayuda a que las creencias de poder realizar algo de la persona que ha recibido dichos comentarios aumente y sea capaz de poder cumplir con una situación determinada.

Y por último la cuarta, Schwarzer, Luszczynska y Wiedemann (s/f) mencionan que *las emociones* pueden afectar la persecución de la meta. Mientras que emociones positivas permiten un seguimiento hacia la meta de manera positiva, las emociones negativas generan confusión que conducen a peores resultados y el no logro de la meta. Así como *estados de estrés* por alguna amenaza o daño en la que la autoeficacia se vea disminuida.

“Las emociones positivas incrementan la disponibilidad de pensamientos acerca de éxitos personales, mientras que emociones negativas hacen fracasos personales más sobresalientes” (Bandura,1997, p. 112).

3.2. La Autoeficacia en el Modelo Procesal de Acción en Salud

La autoeficacia del modelo de Schwarzer, es retomada de la teoría del aprendizaje social de Bandura(1997) donde propone tres características principales: la adopción de nuevos patrones de conducta, su generalización y su uso bajo diversas circunstancias y el mantenimiento a través del tiempo. Las creencias de eficacia afectan cada una de estas fases anteriores. Menciona que las creencias de las personas pueden motivar y regular sus propias conductas hacia un cambio de hábitos más saludables o realizar acciones para su rehabilitación. De tal manera que si las personas no se creen capaces de poder realizar algo, ni si quiera lo intentarían.

Dentro del modelo Procesal de Acción en Salud se distinguen tipos diferentes de autoeficacia, a saber: autoeficacia percibida en las acciones, autoeficacia percibida en el mantenimiento y autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas.

La *autoeficacia percibida en las acciones* (o autoeficacia prevolitiva) es la primera fase del proceso. En ella la persona desarrolla una motivación para actuar debido a que se imagina capaz de poder realizar aquel cambio de comportamiento que

necesita, se siente optimista y se imagina el éxito así como las estrategias para alcanzar la meta. Aquellas personas que posean este tipo de autoeficacia son más propensas para iniciar un nuevo comportamiento. En contraste con aquellas que son ineficaces y se imaginan escenarios de fracaso y dudan de sí mismas.

La *autoeficacia percibida en el mantenimiento*(o autoeficacia en el afrontamiento. El término “autoeficacia en el afrontamiento” es usado en varios sentidos, sin embargo Schwarzer (1992) menciona que lo usa como “autoeficacia en el mantenimiento” del comportamiento) es aquella en la cual la persona se siente capaz de poder resolver o afrontar los problemas emergentes durante el periodo de mantenimiento del comportamiento ya que la adopción de un comportamiento nuevo podría implicar dificultades para llevarlo a cabo. Aquellas que se perciban muy capaces de poderlos enfrentar y sobre llevar, desarrollarán estrategias mejores para solucionarlos, así como invertirán mayor esfuerzo y persistirán por mayor tiempo enfrentando obstáculos o barreras. En particular, este tipo de autoeficacia es la que se estudiará como variable en la investigación.

La *autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas*, es aquella que refleja la experiencia de fracasar y poder recuperarse de recaídas en la ejecución de comportamientos de salud. Dado que no es extraño que las personas recaigan o dejen de mantener la conducta saludable, los individuos experimentan sentimientos y emociones negativas y se atribuyen el fallo a sí mismos, magnificando el hecho y considerándolo un fracaso consumado. Por otra parte, aquellas personas que se perciben como muy autoeficaces atribuyen dicha recaída a factores externos a ellos, como el medio o entorno y logran recuperar la esperanza, buscan maneras alternativas para controlar los daños y restablecerse.

La autoeficacia en la recuperación de recaídas es la propia convicción de poder retomar la ruta trazada, aun después de haberse salido por completo del camino. Es la autoconfianza plena en las propias capacidades para retomar el control de la

situación y minimizar los riesgos derivados de la recaída (Marlatt, 2002), citado en: Schwarzer y Gutiérrez-Doña, 2009, p. 17).

En esta investigación se pondrá especial atención en la autoeficacia de mantenimiento, la cual juega un papel importante, como su nombre lo dice, en el mantenimiento de la abstinencia y en el proceso de dejar de fumar de la persona. La importancia de esta variable en este trabajo yace en que por una parte, existe poca literatura acerca de la autoeficacia de mantenimiento; dos, no ha sido estudiada bajo el modelo Procesual de Acción en Salud; y tres, mucho menos ha sido estudiada la autoeficacia de mantenimiento bajo dicho modelo en el proceso de abstinencia de los fumadores.

Por último, el trabajo que se lleva a cabo en la clínica de ayuda para dejar de fumar del INER constituye un tratamiento el cual se divide en dos fases, la primera fase es el *tratamiento* para dejar de fumar, el cual modifica las conductas y pensamientos asociados con el fumar teniendo como resultado la cesación del consumo de tabaco y la segunda fase es la de *mantenimiento*, en la cual se dan diversas estrategias para lograr por mucho más tiempo su abstinencia en el consumo de cigarro, siendo esta última, en donde se enfoca esta investigación. Teniendo en cuenta que es esta fase la que se encarga de prevenir las recaídas y de mantener por mucho más tiempo la abstinencia, el interés de medir la autoeficacia de mantenimiento en los pacientes de la clínica de tabaquismo del INER, se basa en la exploración del nivel con el que cuentan de esta variable y si está relacionado con el tiempo de abstinencia de consumo de cigarro, ayudando a considerar la autoeficacia de mantenimiento como variable protectora en el proceso de su abstinencia, pudiendo diseñar a futuro una estrategia enfocada especialmente a este elemento, ya sea en la fase de tratamiento o bien en la propia fase de manteniendo, ya que si bien en el tratamiento se refuerza su autoeficacia haciéndoles ver sus avances y darse cuenta que es posible hacer y que están realizando algo que no se creían capaces de realizar, no existe de manera específica y estructurada, una intervención en relación a la autoeficacia de mantenimiento

particularmente, por ello, el interés sobre dicha variable en la población de fumadores del INER, y con base a los resultados, ayudar a constituir una intervención estructurada a ello.

A manera de resumen, es importante resaltar el papel de la autoeficacia dentro del modelo. La autoeficacia puede motivar y regular las conductas propias hacia un cambio de hábitos más saludables o bien realizar acciones para la rehabilitación de la conducta. Esta puede ser impulsada a través de cuatro fuentes; las experiencias previas, que ayudan a realizar una determinada acción con base a la historia de sus conductas; las experiencias vicarias, que son la transmisión de las competencias y la comparación con los logros de los demás; la persuasión verbal, que proviene de la influencia social y afirman las capacidades que uno posee; y las emociones, las cuales ayudan a que la persona se sienta más capaz de poder realizar alguna conducta o, por otra parte, de manera negativa, a sentirse insegura de poderla ejecutar.

Con lo anterior, el apoyo social viene a ser un proveedor de las fuentes de autoeficacia, auxiliando a la consecución y mantenimiento de la conducta saludable, por ello en el siguiente capítulo se hablará de esta variable y su contribución en el proceso de dejar de fumar.

4. PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

El apoyo social es un conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas, entre otras)

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social, las principales son (Gallar, 2006, citado en Ortego, López y Álvarez, s.f. p. 2):

a) Redes de apoyo social natural:

- La familia
- Los amigos y allegados
- Compañeros de trabajo
- Vecinos
- Compañeros espirituales (parroquias, etc.)

Estas redes de apoyo tienen como ventaja de que la ayuda que presta es inmediata y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo al paciente. El inconveniente radica en que este tipo de redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un afrontamiento disfuncional de su enfermedad (Ortego, López y Álvarez, s.f. p. 3).

b) Redes de apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo

- Empresa para la que se trabaja (muchas empresas cuentan con ayuda al empleado)
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- Seguridad social

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de las relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son la posible lentitud de su actuación (necesita de estudios previos, trámites burocráticos etc.), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo y en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (Ortego, López y Álvarez, s.f. p. 3).

El apoyo social no sólo se divide en redes de apoyo natural y organizado. También existen otras clasificaciones en el cual se pueden ver los procesos de recuperación en las personas o apoyo para afrontar situaciones específicas.

Lee, Bontemps-Jones y Bauer (2010) mencionan que el apoyo social se caracteriza por: a) el apoyo emocional, que involucra la expresión de la empatía, el cuidado, el brindar seguridad, y dar la confianza necesaria y la oportunidad de poder expresarse la persona libremente; b) apoyo instrumental que involucra la provisión de ayuda material, como el dinero o ayuda con las tareas diarias; c) el apoyo de información se refiere el dar información relevante intentando ayudar a la persona para hacer frente a las dificultades de la tarea o evento o situación a la que se enfrenta, es dar guías e información de dónde acudir o hacer para afrontar dicha situación en la que se encuentra la persona.

Por su parte, Martos y Pozo (2011) mencionan que el apoyo social es importante en la adherencia de prescripciones terapéuticas, ya que la falta de apoyo puede significar que los hábitos de salud o conductas saludables tengan una menor adopción y cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud.

Por tanto, las necesidades de apoyo tienen que ser justas y adecuadas en ocasiones hasta en el nivel de etapa en la que se encuentre la persona a la que se le está brindando apoyo en relación a su situación o problema, de no ser el adecuado, repercutiría mucho en dicha situación. Así, Martos y Pozo hacen referencia a la hipótesis formulada por Cohen y McKay (1984, citado en Martos y Pozo, 2011). En la cual el apoyo social sólo será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar.

4.1. Apoyo Social y el Fumar

“En el año 2008, El Department of Health and Human Services Clinical Practice Guidelines de E.U., recomendó para el tratamiento para dejar de fumar el uso intra y extra tratamiento del apoyo social” (Fiore, *et al.*, 2008 citado en Stewart, Thomas y Copeland, 2010, pág. 95).

Lee, Bontemps-Jones y Bauer (2010) mencionan que la mayoría de los fumadores que intentan dejar el cigarro por su propia cuenta tienen un éxito del 5% o menos entre los primeros 6 y 12 meses. Otra forma utilizada para dicho propósito es el uso de medicamentos y el método del remplazo de nicotina, sin embargo, no son las únicas formas en las cuales un fumador puede dejar de fumar. Lee y colaboradores (2010) mencionan que otra manera de poder lidiar con el hábito y el cese de dejar de fumar es el apoyo social.

Cohen y colaboradores (1988, citado en: Stewart, Thomas y Copeland, 2010) mencionan que el apoyo social juega un papel importante en la motivación para dejar de fumar en la persona, baja el estrés y alienta la perseverancia en la etapa de mantenimiento de la abstinencia, así como para ayudarlos ante cualquier señal ambiental que les provoque el querer fumar.

Stewart, Thomas y Copeland (2010) mencionan que el apoyo social para dejar de fumar es valioso y menciona cuatro puntos:

1) El éxito de la consecución y mantenimiento está muy relacionado con el estado de “no fumador” de las personas de apoyo. Esto se ha encontrado en los estudios de Carlson, Goodey, Bennett, Taenzer, y Koopmans, (2002); Coppotelli y Orleans, 1985; y Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer, y Kamarck, (1986). 2) Las mujeres tienden a ser más propensas a dar un mejor comportamiento de apoyo en todas las fases para dejar de fumar que los hombres, esto fue encontrado en las investigaciones de Carlson *et al.*, (2002); y Lichtenstein, Andrews, Barckley, Akers, y Severson, (2002). Sobre esta misma línea Mermelstein, Hedeker y Wong (2003, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010) encontraron que después de un programa para dejar de fumar y de un seguimiento telefónico y así como también de apoyo vía telefónica, las mujeres tuvieron mejores resultados que el género masculino. Otro ejemplo son las investigaciones realizadas por Glynn, Christenfeld, y Gerin, (1999); Kirschbaum, Klauer, Filipp y Hellhammer, (1995); Lepore *et al.*, (1993); Glynn *et al.*, (1999, citados en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010); donde se observa que el apoyo emocional proporcionado por las parejas femeninas, disminuye las respuestas de estrés debido al proceso de dejar de fumar. Otro estudio realizado mostró que el 77% de las personas que se inscribieron como personal de apoyo para dejar de fumar o “amigos” o “compañeros” asignados a los fumadores, tuvieron una tasa no significativa, sin embargo de 7 días más, que los fumadores que tuvieron como “amigo” o “compañero” designado a hombres (Patten *et al.*, 2004 citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010). 3) Los fumadores que están involucrados románticamente con las personas que las apoyan, tienen mayores tasas de abstinencia, esto mencionado en Carlson *et al.*, 2002; Coppotelli y Orleans, (1985); y Mermelstein *et al.*, (1983). De igual manera y sobre esta línea, Brother, y Borrelli (2010), realizaron un estudio donde su objetivo principal fue identificar qué tipo de apoyo social funcionaba mejor para dejar de fumar en una comunidad latina. Los tipos de apoyo social que evaluaron fueron: a) la presencia o ausencia de la pareja para brindar apoyo, b) percepción de apoyo social general, y c) percepción de apoyo de la pareja. Su hipótesis constó de que si los fumadores tenía altos niveles de apoyo, entonces tendrían mayores probabilidades de dejar de fumar y que al apoyo

social sería un amortiguador de los efectos del estado depresivo en el dejar de fumar. Boyle, Solberg, Aschee *et al.* (2007, citado en Brother y Borrelli, 2010). Mencionan que en general en la población de fumadores se ha observado que aquellos que tienen una relación sentimental, ya sea con esposa o pareja, sin importar la percepción del apoyo social, tienen un alto rango de poder dejar el cigarro. Así como aquellas personas que perciben apoyo social bajo, tienen mayor probabilidad de no poder dejar el cigarro y de haberlo hecho, mayor probabilidad de recaer.

4) El que existan personas viviendo con el fumador se ha asociado con el éxito de dejar de fumar ya que existe una mayor oportunidad para la prestación de apoyo en el entorno familiar natural (Lichtenstein, *et al.*, 2002; Park, *et al.*, 2004).

Por otra parte, Johnson *et al.* (2009, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010) mostró en su investigación que las “social networks” pueden ayudar y apoyar a los fumadores para dejar el cigarro y mantenerse en abstinencia. En dicha investigación, utilizó un programa de computadora basado en las “social networks” y mostró que las personas que dejaron de fumar y que interactuaban entre ellos a través de dicho programa, lograron mantenerse en abstinencia. Para ellos se realizó un seguimiento de 6 meses mostrando dichos resultados.

De igual manera, Cobb, Graham, Bock, Papandonatos y Abrams (2005, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010), encontraron que la interacción a través de las “social networks” en la modalidad persona a persona, siendo ambas fumadoras y usando foros, correos electrónicos y chat entre ellas, tuvo una probabilidad de hasta 3 meses de abstinencia solo con dicho método. Para su investigación desarrollaron un programa basado en las “social networks” donde iban registrando dicha interacción.

Finalmente, Kviz, Crittenden, Madura y Warnecke (1991, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010) desarrollaron un modo de intervención donde los

fumadores podían contactarse ya sea por medio del internet o contactarse por ese medio para tener “amigos” quienes los acompañaran durante su intento de dejar de fumar.

Lee y colaboradores (2010) mencionan que existen diferentes tipos de apoyo social, a) el apoyo emoción involucra expresión de la empatía, el cuidado, el brindar seguridad, y dar la confianza necesaria y la oportunidad de poder expresarse la persona libremente; b) apoyo instrumental que involucra la provisión de ayuda material, como el dinero o ayuda con las tareas diarias; c) el apoyo de información se refiere el dar información relevante intentando ayudar a la persona para hacer frente a las dificultades de la tarea o evento o situación a la que se enfrenta, es dar guías e información de dónde acudir o hacer para afrontar dicha situación en la que se encuentra la persona.

El seguimiento y apoyo telefónico brinda la parte de apoyo emocional como ayudar a los desaires de las personas al dejar de fumar, motivarlos y platicar sobre los miedos que tienen en el proceso de dejar de fumar; las guías para dejar de fumar brindan apoyo de tipo informacional, dando estrategias y recomendando medicamentos; y los programas de grupo o terapias de grupo brindan apoyo de tipo emocional así como de tipo informacional, ayudándose entre los mismos integrantes de la terapia a través de discusiones sobre el tipo de estrategias utilizadas por ellos y además de las experiencias y situaciones que han vivido y compartiéndolas con los demás mostrando esa empatía por el otro y motivándolo a seguir, ya que no es la única persona por la que está pasando eso, además también se da apoyo instrumental en dichas terapias de grupo, con los medicamentos o terapia de remplazo de nicotina TRN, brindándoselos en el mismo lugar o dando la receta.

Gulliver, Hughes, Solomon y Dey (1995 citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer 2010), mencionan que el número de fumadores integrando una red social es un soporte el cual ha demostrado estar asociado con el abandono de fumar. Lee y colaboradores (2010) señalan que una red social también puede ser constituida por

aquellas personas que voluntariamente se ofrecen para ayudar a las personas que quieren dejar de fumar y que no tienen el tiempo para incluirse en un tratamiento para dejar de fumar y de participar como tal dentro de dicho programa, sin embargo, incluso están dispuestos de entrenarse para poder recibir cierto tipo de capacitación con el fin de poder ayudar a los fumadores en su proceso. Así, en el uso de programas de “amigos” en que los tratamientos también recurren para dejar de fumar y para el mantenimiento de la abstinencia, no importa que tan fuerte sea el vínculo o no; pero también es cierto que el uso de estos programas puede ser mejor para las personas fumadoras ya que perciben hasta un mejor apoyo por parte de los “amigos” designados.

Por otra parte Lee y colaboradores (2010) mencionan que la integración social juega un papel muy importante en los modelos teóricos de apoyo para ayudar al fumador a dejar de fumar.

Brissette, Cohen y Seeman (2000, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer 2010) mencionan que la Integración social es un constructo multidimensional que contiene un componente conductual y activo, comprometido en una amplia gama de actividades o relaciones sociales y otro componente cognitivo, en el cual se tiene un sentido de comunidad y de identificación con el rol que se juega dentro de la red social, por lo que mencionan que la probabilidad de que un fumador se acerque, reciba o perciba de alguien apoyo ya sea emocional, de información o instrumental, dependerá del nivel de integración que tenga el fumador. Los vínculos sociales no sólo se caracterizan por el número de personas que lo conforman, sino también de su calidad (satisfacción) y el tipo como “intimo vs lejano” que también influye en el apoyo que pueden dar.

De esta manera, el ver o saber de otras personas que fuman pueden influir en las normas y en la conducta de fumar ya sea como desencadenantes o señales. De igual manera, el saber y ver a personas que no fuman, así como de conocer a

exfumadores en la red social puede ser una forma de presión social para dejar de fumar.

Christakis y Fowler (2008 citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer 2010), encontraron que el dejar de fumar dentro de redes fuertemente vinculadas o conectadas se lograba porque las personas actúan debido a la presión colectiva dentro de las redes.

También se ha demostrado que a medida que el número de fumadores dentro de una red social crece, hay mayor difusión del conocimiento dentro de la red acerca de cómo dejar de fumar (es decir apoyo informativo). Los fumadores también pueden ser capaces de proporcionar más apoyo emocional más valioso para aquellos que están considerando dejar de fumar o el intento de dejar de fumar. Así el status de fumador dentro de una red social facilita el dejar de fumar por medio de la presión social o de las normas dentro del grupo, así como influir en el apoyo emocional o de información a los fumadores actuales (Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010, p. 700).

Piasecki y Baker (2001, citado en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010) también analizan la posibilidad de que sea la percepción de los fumadores de apoyo, en lugar de apoyo efectivo recibido, como predictor de la abstinencia, por otra parte Gulliver *et al*, 1995; y Nides *et al* (1995 citados en, Bontemps-Jones y Bauer 2010). Mencionan que de acuerdo con este punto de vista, la percepción de apoyo puede ser un marcador de rasgos personales que permiten a estos individuos a provechar ,o beneficiarse de los vínculos sociales. La evaluación de percepción de apoyo al inicio y al seguimiento, además del actual apoyo social proporcionado, contribuirían a abordar esta posibilidad.

Con lo anterior se puede observar que el apoyo social es importante para dejar de fumar, sin embargo, uno de los problemas en las investigaciones sobre cómo el apoyo social ayuda a dejar de fumar es precisamente la falta de un marco conceptual o teórico sobre dicho tema.

Tener un modelo o marco que especifica los mecanismos de acción de apoyo de los miembros de la red podría ayudar a los investigadores a diseñar intervenciones de apoyo y determinar por qué una intervención fue efectiva o no, y qué se puede hacer para mejorarla. Por ejemplo, si la hipótesis efecto de una intervención dirigida a apoyar a los cónyuges de fumadores es a aumentar su capacidad para dejar de fumar, se debe de medir varias veces a los cónyuges la prestación de su apoyo, y el de los fumadores la propia capacidad conforme una línea base y durante el tratamiento.

Así se podría determinar si la intervención aumentó la propia capacidad y si ha aumentado la probabilidad de abandono. Por ejemplo, investigaciones que demuestran la eficacia de quitlines (líneas telefónicas de apoyo para dejar de fumar) normalmente no ha evaluado mediadores potenciales de sus efectos, por ejemplo, si el apoyo emocional dado por los consejeros capacitados ayudó a los fumadores a reducir su ansiedad acerca de dejar de fumar, aumentando su auto-eficacia para hacer frente a los síntomas de la abstinencia, aumentando su uso de estrategias de afrontamiento conductuales, y/o ayudar a reestructurar cognitivamente sus recaídas. Estos efectos son probablemente asumidos por los investigadores, pero sólo con la evaluación estas variables se podrá conocer que constructos son más importantes o si son igualmente importantes para explicar la relación entre el tratamiento de apoyo y la abstinencia. Dando lugar a intervenciones más eficaces dirigidas por profesionales (Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010, p. 697).

Lee y colaboradores (2010), mencionan que existen varios modelos sobre el apoyo social y su relación con el dejar de fumar. Uno de ellos está basado en el apoyo emocional y cómo este ayuda a los fumadores en su tarea de mantenerse en abstinencia. Según el Modelo de Estrés y Afrontamiento o “Stress – Buffering Model” (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000), la percepción de apoyo disponible cuando se necesite, minimiza la evaluación de los factores de estrés como amenazas, es decir, reduce las respuestas al estrés como aumento de la frecuencia cardíaca y

presión sanguínea y permite participar a las personas en el uso de estrategias de afrontamiento. Este modelo se puede aplicar a la cesación de fumar ya que para muchos fumadores el estrés debido a la abstinencia es muy difícil para ellos. Un ejemplo de esto es que el fumador cuando percibe que puede discutir y platicar sobre los problemas a diario que se le presentan en su proceso con su pareja y amigos, y recibe la respuesta empática y de validación de las emociones negativas experimentadas en el intento de dejar de fumar, podría estar en mejores condiciones no solo para hacer frente a las molestias sino de mantenerse en abstinencia por largo tiempo.

“La importancia de que el fumador tenga un sentido de control y libertad del cigarro en respuesta del apoyo dado de los otros, es enfatizada también en la “Familia consultativa” (FAMCOM) modelo para dejar de fumar” (Rohrbaugh, *et al.* 2001 en Lee, Bontemps-Jones y Bauer, 2010, p. 699). Según esta perspectiva, las conductas asociadas tales como el “empujar” directamente o indirectamente al fumador para dejar de fumar o el uso de negativas de influencia social podrían provocar que haya resistencia al cambio, por lo que esta perspectiva sugiere que la familia, pero particularmente la pareja, sea más empática con su familiar fumador, aceptando su impotencia del fumador ante su proceso, lo que demuestra más la aceptación o puede únicamente observar. El enfoque FAMCON para dejar de fumar, depende mucho en gran medida de la ayuda profesional de un terapeuta y también menciona que debe incluirse un tratamiento eficaz para dejar de fumar.

De esta manera, las redes sociales son una propuesta prometedora para ser utilizada en el proceso de dejar de fumar y su proceso de abstinencia. Dado que un adecuado y ajustado apoyo social ayudará de gran manera al fumador para enfrentarse a las situaciones que a diario se le presenta y en las que quiera volver a fumar, así como el apoyo en su modalidad informativo y material. Así se hace hincapié en que dicho apoyo se debe de tomar en cuenta para los tratamientos para dejar de fumar, ya sea proporcionado por el mismo tratamiento o dirigido y aconsejado hacia los familiares y amigos del fumador, todo ello con el fin de que el

fumador le sea menos estresante su proceso y cuente con los recursos necesarios para poder afrontarlo.

El tratamiento para dejar de fumar del INER enseña a los pacientes a que hagan actividades y pongan en práctica pensamientos que ayuden a las personas a mantenerse sin fumar, estas actividades y tipo de pensamiento es brindado a las personas en forma de recomendaciones, que incluye una serie de estrategias para su abstinencia, ayudándolos a que tengan nuevas herramientas para solucionar problemas y situaciones que les provoca el fumar, así como la creación de nuevos hábitos saludables que beneficiaran su proceso de dejar el cigarro. Dentro de todo esto, existe un punto recurrentemente tocado en la terapia y el cual preguntan los pacientes sobre el *qué hacer* ante dicha situación, este punto es el de los amigos, familiares o conocidos que hacen comentarios tanto positivos como negativos ante la nueva adquisición de conducta saludable. Para contestar antes eso, es importante antes saber que la Secretaria de Salud con base a la ENA 2011 menciona que la decisión de dejar de fumar es principalmente motivada por la conciencia de los daños a la salud que ocasiona el fumar, en segundo lugar se menciona el *estarhartos de fumar* y el resto como asco al cigarro, comenzó a hacer deporte, decisión propia, lo probó y no le gustó y por su religión (Secretaría de Salud 2011), por lo que el adquirir una conducta de saludable como lo es el dejar de fumar pareciera ser una decisión personal e individual y en donde aquellas posibles variables contextuales y sociales no tuviesen nada que ver con dicha decisión y por lo tanto el hecho de estar presentes o no, no repercutiría en la adquisición de la conducta saludable. Sin embargo, en la práctica, los pacientes comentan que varias veces han sido “presionados” por sus familiares o amigos para dejar el cigarro y por lo cual ahora están ahí.

Así, el contexto social en la práctica clínica juega también un papel, que aunque discreto, no por ello menos importante. Teniendo entonces un papel tanto como motivador así como regulador el apoyo social brindado por aquellas personas cercanas al fumador en su proceso de dejar de fumar como en su mantenimiento de

la abstinencia. Por ello, es una inquietud frecuente de las personas que están en tratamiento, tocar el punto de lo social en las sesiones ya que les interesa saber cómo llevar dicha situación ante sus amigos o familiares siendo que muchas veces en la convivencia con ellos están presentes siempre los cigarros “sobre la mesa” o es “el echarse un cigarrillo” parte importante de la interacción tanto con sus amigos y familiares, por lo que en el momento de dejar de fumar la persona, es motivo tanto para críticas tales como “ a ver cuánto te dura” o “sigue fumando, de todas maneras de algo nos tenemos que morir”, hasta incluso llegar a sentirse ofendidas aquellas personas que siguen fumando. Pero así como hay críticas ante la nueva adquisición de conducta saludable, también existe totalmente lo contrario tales como las felicitaciones y los reconocimientos, el “échale ganas me da mucho gusto”, “me da alegría que hayas dejado de fumar papá” entre otras tantas que proporcionan los familiares de los que están en tratamiento hacia ellos y que, en la práctica, se evidencia que el apoyo social que recibe y percibe la persona es parte importante para el mantenimiento de la abstinencia.

Por ello, en el Modelo Procesual de Acción en Salud se menciona que el hecho de existir barreras o recursos externos, como el apoyo social, son parte para la adquisición de una nueva conducta saludable, ya que reforzará o entorpecerá, a las variables ya antes mencionadas en cada fase.

Debido a lo anterior, el interés de investigar el apoyo social que recibe la persona, como recurso externo, y su importancia en el mantenimiento de la abstinencia, ayudará a poder crear en un futuro alguna estrategia dirigida hacia este elemento, ya que en la práctica se responden las inquietudes de los pacientes con relación a las descalificaciones por parte de su cercanos y algunas posibles formas de solucionar la situación, proporcionadas por los terapeutas y de los mismos pacientes, reforzando a lo largo del tratamiento los comentarios hechos por sus familiares o amigos del paciente, lo motivándolo y felicitándolo, sin embargo no existe un tema o estrategias definidas en relación al apoyo social que ellos reciben, ya sea tanto

positivo, o negativo, como lo mencionan algunos autores, en el cual más que ayudar a su familiar o amigo, lo perjudican en su intento de apoyarlo.

MÉTODO

Participantes

La población del estudio se tomó de las personas que llegaron a la clínica de ayuda para dejar de fumar del INER durante el periodo de Enero a Abril del 2013. El número de la muestra estuvo sujeto al número de personas que se inscribieron y no abandonaron el tratamiento para dejar de fumar. Se obtuvo una muestra de 33 personas durante dicho periodo.

Criterios de Inclusión

- Personas que hayan firmado el consentimiento
- Hombres y mujeres mayores de edad
- Que hayan asistido al tratamiento para dejar de fumar

Criterios de Exclusión

- Personas que estén inscritas y no hayan asistido al tratamiento
- Consumo de otras drogas además del tabaco
- Con algún trastorno psiquiátrico o neurológico

Criterios de Eliminación

- Que hayan abandonado el tratamiento antes de terminarlo
- Personas que no hayan contestado correctamente los instrumentos
-

Criterios de Asignación a Grupos

Por medio del autoinforme durante las sesiones del tratamiento y los seguimientos telefónicos se asignó a las personas en el grupo de abstinencia o en el grupo de recaída.

Durante el tratamiento, bajo autoinforme, se asignó al grupo de recaídas a la persona que reportó seguir fumando o a haber vuelto a fumar después de haber estado en abstinencia durante el tratamiento. En el seguimiento telefónico, se preguntó a la persona si seguía en abstinencia, aquellas personas que contestaron seguir, se les preguntó cuánto tiempo llevaban, de lo contrario, aquellas personas que contestaron haber fumado se les preguntó cuánto tiempo duró en abstinencia, qué motivo la llevaron a fumar, cuánto tiempo tiene que volvió a fumar y cuántos cigarros fuma.

Grupo de Abstinencia:

Se conformó por medio del autoinforme durante las sesiones del tratamiento y por el seguimiento telefónico a los 2, 3, 4 y 5 meses después de terminar el programa cognitivo conductual para dejar de fumar. Se consideró como abstinencia a la persona localizada vía telefónica y reportó permanecer sin fumar desde que salió de su tratamiento.

Grupo de Recaídas:

Se conformó por medio de autoinforme durante las sesiones del tratamiento y por seguimiento telefónico a los 2, 3, 4 y 5 meses después de terminar el programa cognitivo conductual para dejar de fumar. Se consideró como recaída a la persona localizada vía telefónica y reportó haber fumado después de salir de su tratamiento.

Escenario

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC dentro de su clínica de ayuda para dejar de fumar. La aplicación de los instrumentos se realizará en la sala de terapia de la clínica que mide 4x5 metros, consta de 11 sillas alrededor de la sala, un pizarrón blanco, y alumbrada con luz blanca.

Variables

Definición conceptual

Autoeficacia de mantenimiento: La creencia optimista en las propias capacidades de afrontamiento de problemas que emergen durante el periodo de mantenimiento del comportamiento (Marlatt, Baer y Quigley, 1995).

Apoyo Social: Creencia de un individuo de que un número de personas estará dispuesta a brindarle su ayuda en caso de necesidad (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983, en Acuña y Bruner, 2009).

La abstinencia: Por medio de autoinforme, se considera abstinencia a la ausencia de consumo de tabaco desde la última vez que la persona se le hizo una revisión o seguimiento (Abstinencia Puntual). (Jiménez, 2006; y Quesada, Carreras, y Sánchez, 2002).

Instrumentos

-Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (Ver anexo 1)

Es un instrumento diseñado para medir el concepto de autoeficacia de mantenimiento, en relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para volver a consumir tabaco, es un cuestionario breve de auto-reporte integrado por 8 reactivos, dentro de los cuales se agrupan en 1) situaciones personales: en donde el fumar involucra la respuesta a un evento, que es de naturaleza psicológica o física y se subdivide en 5 categorías: emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando control y necesidad física o urgencia por fumar. Y en 2) situaciones de grupo: en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada y se divide en tres categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables. Tiene una

escala de respuesta de 0% a 100%. Con una Alfa de Cronbach de 0.98 para el test. Y fue estandarizada en México por Echeverría y Ayala en 1997.

El puntaje del instrumento pueden ser interpretados desde dos perspectivas diferentes: 1) Puntaje de confianza o 2) Perfil del cliente.

1) Puntaje de confianza. Los puntajes de cada categoría van del 0% al 100% e indican la confianza del paciente de su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de fumar. Por ejemplo: en un puntaje de 0% al 20% indica que el paciente tiene poca confianza de poder resistir a la necesidad de fumar en dicha situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para la persona. Un puntaje de 21% al 40% indica baja confianza, un puntaje de 41% al 70% indica confianza moderada y 71% al 100% indica que tiene mucha confianza de poder controlar su consumo ante esa situación, y por lo tanto es una situación de bajo riesgo para la persona.

2) Perfil del cliente. Una jerarquía de puntajes se puede obtener ordenando las 8 categorías de acuerdo de los puntajes de la persona. Aquellas categorías que tienen los puntajes más altos, representan las áreas de confianza para la persona, es decir, donde pueda controlar su consumo. El perfil de la persona se construye graficando los puntajes de las 8 categorías en una gráfica de barras.

-Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) para evaluar apoyo social. (Ver anexo 2)
En cada situación planteada por cada ítem, se explora el número de personas con las que podría contar y el grado de satisfacción que tiene con este apoyo. El número de personas en este cuestionario se limita a un máximo de 9 y el grado satisfacción se explora mediante una escala de 6 puntos (de muy satisfecho a muy insatisfecho). Su coeficiente alfa de confiabilidad es de 0.94 para satisfacción y de 0.97 para apoyo.

La puntuación se obtiene de la siguiente manera: 1.- Sumar el número de personas de todos los 27 ítems (max. 243) y dividir esta cifra entre 27, esto nos dará la puntuación en la escala del número de personas que ayudan a la persona. 2.- La

puntuación del total de satisfacción de la persona con respecto al apoyo que percibe que recibe se calcula sumando las puntuaciones de cada uno de los 27 ítems y después se divide esta puntuación entre 27. 3.- Así mismo se puede obtener el número de familiares que prestan ayuda al sujeto si se suma el número de personas de la familia que se citan en las preguntas de la primera parte, es decir, el número de personas que dan ayuda. Y fue estandarizado por Acuña y Bruner en México en 1999.

Diseño

No Experimental Transversal Correlacional. Este diseño tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se eligió este diseño para poder cumplir con el objetivo de contrastar el nivel de autoeficacia y la percepción de apoyo y saber si existe relación entre ellos en pacientes en abstinencia y en aquellos que recayeron. Por otra parte, debido al tipo de población del estudio, es difícil mantener cautiva la muestra y por lo tanto se complica hacer un estudio con seguimientos a lo largo del tiempo.

Procedimiento

Se dará la carta de consentimiento a las personas inscritas en el tratamiento con el fin de informar sobre la investigación que se realizará, y si así lo deciden, de contar con su participación.

Posteriormente de la entrega y firma de la carta, se procederá a entregar los instrumentos a las personas que hayan decidido participar con la investigación y cumplan con los criterios de inclusión.

Se les pedirá a los participantes que contesten dos cuestionarios. La entrega de todos los instrumentos se realizará de manera conjunta dentro de la clínica de ayuda para dejar de fumar, en la sala de terapia grupal al finalizar la sesión correspondiente

del día. Se les dará las siguientes instrucciones a los participantes. “La siguiente es una pequeña batería que consta de 2 cuestionarios con una duración no máxima de 25 min. Esto con el fin de poder obtener datos acerca de usted que nos ayudarán para mejorar los tratamientos así como elevar los porcentajes de abstinencia en posteriores intervenciones. Si le surge cualquier duda, puede preguntarla al investigador y se le orientará y responderá dicha duda. De antemano, gracias por su participación”. De esta manera procederá a dar entrega del primer instrumento, Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) con una duración de 20 min aprox. Y finalmente el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) con una duración de 5 min aprox., Al entregar cada instrumento, se leerán sus instrucciones correspondientes junto con el participante y se responderá dudas que en el momento surjan.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes. En relación al nivel de autoeficacia de mantenimiento con el que cuentan las personas del estudio es el siguiente: Poca confianza 3 personas (9.1%), Baja confianza 6 (18.2%), confianza moderada 17 (51.5%), Mucha confianza 7 (21.2%). En cuanto al nivel de satisfacción se obtuvieron los siguientes resultados: Poco insatisfecho 1 (3.0%), Poco satisfecho 7 (21.2%), Bastante satisfecho 17 (51.5%) y Muy satisfecho 8 (24.2%). Por último en cuanto al número de personas que apoyan al paciente son las siguientes: Que cuentan con una persona apoyándolo: 8 (24.2%); que cuentan con dos personas apoyándolo: 13 (39.4%); que cuentan con tres personas apoyándolo: 8 (24.2%); que cuentan con cuatro personas apoyándolo: 3 (9.1%); y por último que cuentan con cinco personas apoyándolo: 1 (3.0%).

A continuación en las siguientes tablas se muestran los resultados obtenidos en cuanto la distribución de género, edad, nivel académico, estado civil, ocupación, nivel de dependencia y si vive o no con fumadores.

Tabla 2

Distribución de frecuencias y porcentajes del género de los participantes

Género	Frecuencia	Porcentajes
Mujeres	14	42.4
Hombres	19	57.6
Total	33	100

Nota. Muestra la frecuencia de hombres y mujeres que participaron en este estudio.

Tabla 3

Distribución de frecuencia y porcentaje de edades de los participantes

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Mínimo	Máximo	Media
28 a 40 años	6	18.2			
41 a 50 años	11	33.3			
51 a 60 años	9	27.3			
61 a 70 años	5	15.2			
71 a 80 años	2	6.1			
Total	63	100	28 años	75 años	51.64 años

Nota. Muestra la frecuencia de edades en 5 diferentes rango de edades, así como el mínimo y máximo de edad y la media

Tabla 4

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel académico entre los participantes

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	9.1
Secundaria	7	21.2
Bachillerato	8	24.2
Carrera Técnica	6	18.2
Licenciatura	9	27.3
Total	33	100

Nota. Muestra la frecuencia del nivel académico de las personas en este estudio.

Tabla 5

Distribución de frecuencia y porcentaje de estado civil entre los participantes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	7	21.1
Casado	11	33.3
Unió libre	6	18.2
Divorciado	4	12.1
Viudo	5	15.2
Total	33	100

Nota. Muestra la frecuencia del estado civil de los participantes del estudio

Tabla 6

Distribución de frecuencia y porcentajes de la ocupación a la que se dedican los participantes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	6	18.2
Comerciante	2	6.1
Jubilado	5	15.2
Ama de casa	7	21.2
Desempleado	6	18.2
Profesionista	3	9.1
Otras actividades diferentes a las anteriores	4	12.1
Total	33	100

Nota. Muestra la frecuencia de ocupación a la que se dedican los participantes del estudio.

Tabla 7

Número de fumadores con los que vive el participante

Vive con fumadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	24.2
No	17	42.9
No contesto	8	24.2
Total	63	100

Nota. Muestra con cuántas personas fumadoras vive el participante.

Tabla 8

Distribución de frecuencia y porcentaje del grado de dependencia a la nicotina entre los participantes

Dependencia a la nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia baja	6	18.2
Dependencia moderada	19	57.6
Dependencia alta	8	15.9
Total	33	100

Nota. Muestra la frecuencia de participantes con dependencia baja, moderada y alta.

Una vez analizado los datos y de aplicar pruebas estadísticas, se obtuvieron los siguientes resultados.

Género y recaídas

En cuanto al género y su relación con las recaídas, se mantuvieron en abstinencia después de un periodo de 5 meses: 12 hombres y 9 mujeres, mientras que en el mismo plazo de tiempo recayeron: 7 hombres y 5 mujeres. Se realizó una Chi cuadrada (X^2) siendo de 1, no significativa.

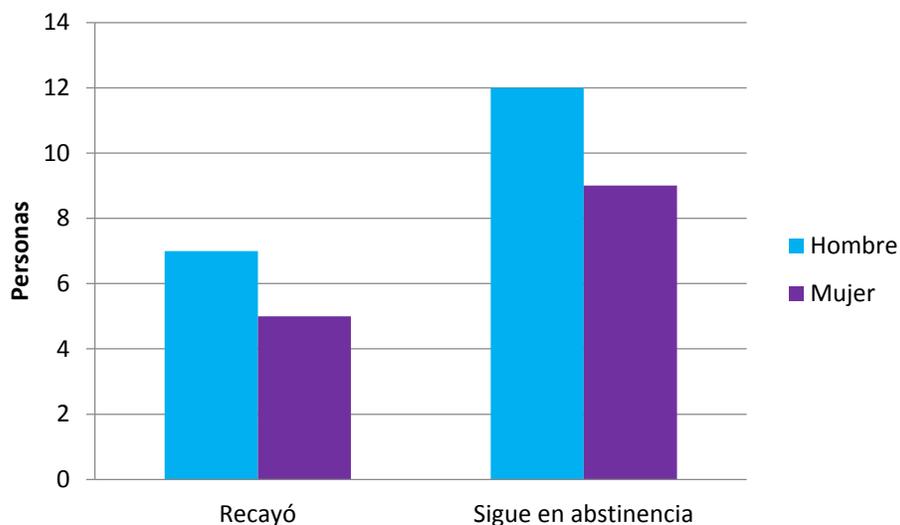


Figura 2. Género y Recaída

Estado civil y recaídas

En cuanto al estado civil de los participantes y su relación con las recaídas, se mantuvieron en abstinencia después de un periodo de 5 meses: 3 solteros, 9 casados, 4 en unión libre, 1 divorciado y 1 viudo. Mientras que en el mismo plazo de tiempo recayeron: 4 solteros, 2 casados, 2 en unión libre, 3 divorciados y 1 viudo. Se realizó una Chi cuadrada (X^2) siendo .195, no significativa.

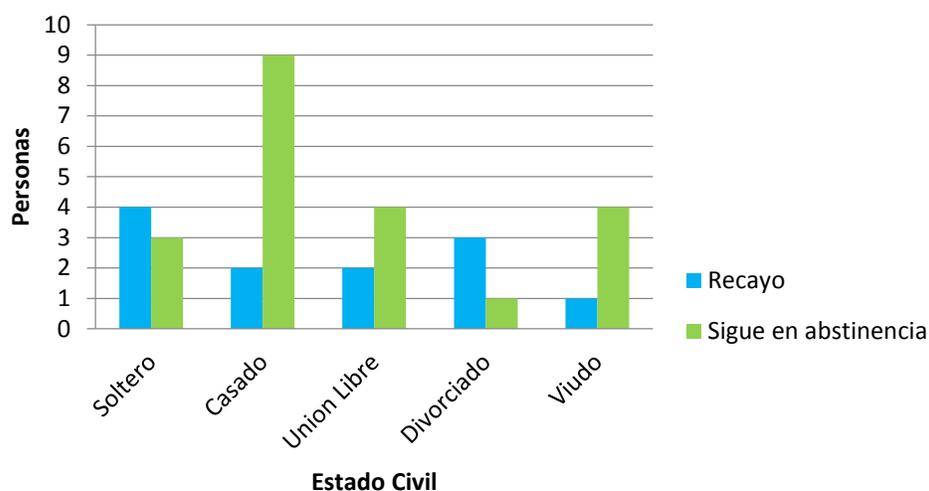


Figura 3. Estado civil y Recaída

Nivel de dependencia a la nicotina y recaída

En cuanto al nivel de dependencia a la nicotina y su relación con la recaída, se mantuvieron en abstinencia después de un periodo de 5 meses: 3 con nivel de dependencia bajo, 12 con nivel de dependencia moderado y 6 con nivel de dependencia alto. Mientras que en el mismo plazo de tiempo recayeron: 3 con nivel de dependencia bajo, 7 con nivel de dependencia moderada y 2 con nivel de dependencia alta. Se realizó una Chi cuadrada (X^2) siendo .628, no significativa.

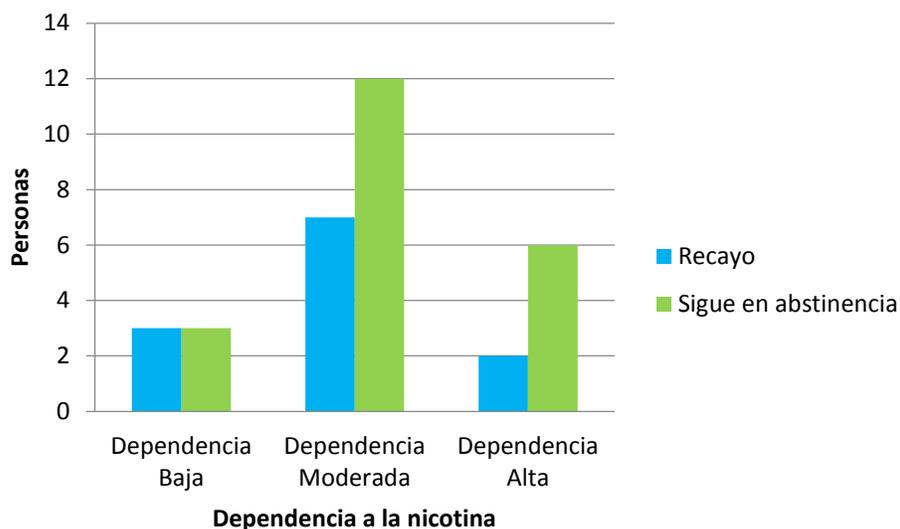


Figura 4. Fagestrôm y Recaída

Vivir con fumadores y recaída

En cuanto a si la persona vive o no con fumadores y su relación con la recaída, se mantuvieron en abstinencia después de un periodo de 5 meses: 6 que mencionaron vivir con fumadores, 10 que no viven con fumadores y 5 no contestaron. Mientras que en mismo plazo de tiempo recayeron: 2 que mencionaron vivir con fumadores, 7 que no viven con fumadores y 3 que no contestaron. Se realizó una Chi cuadrada (X^2) siendo .733, no significativa.

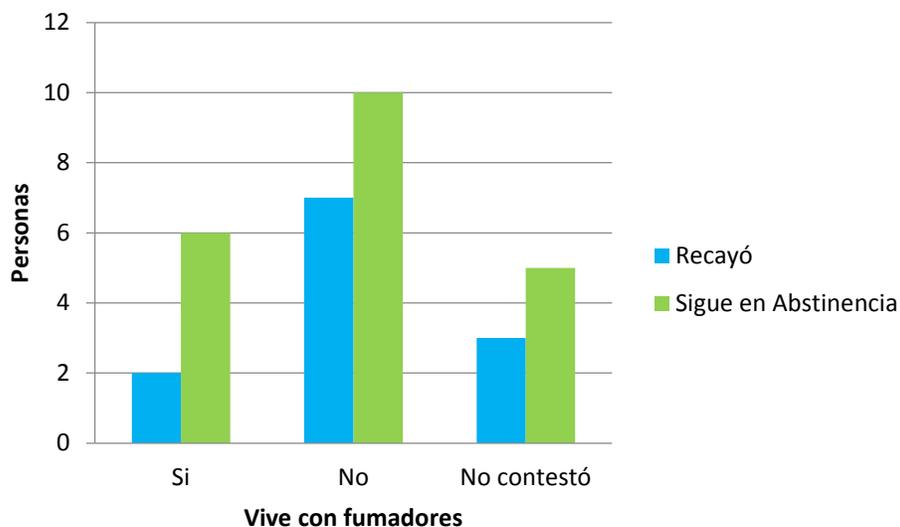


Figura 5. Vive con fumadores y Recaída

Edad y recaída

En cuanto a la edad y su relación con la recaída, se mantuvieron en abstinencia después de un periodo de 5 meses: de 27 a 40 años, 5 personas; de 41 a 50 años, 5 personas; de 51 a 60 años, 5 personas; de 61 a 70 años, 4 personas y 71 a 80 años, 2 personas. Mientras que en el mismo plazo de tiempo recayeron: de 27 a 40 años, 1 persona; de 41 a 50 años, 6 personas; de 51 a 60 años, 4 personas; de 61 a 70 años, 1 persona y de 71 a 80 años no hubo. Se realizó una Chi cuadrada (X^2) siendo .336, no significativa.

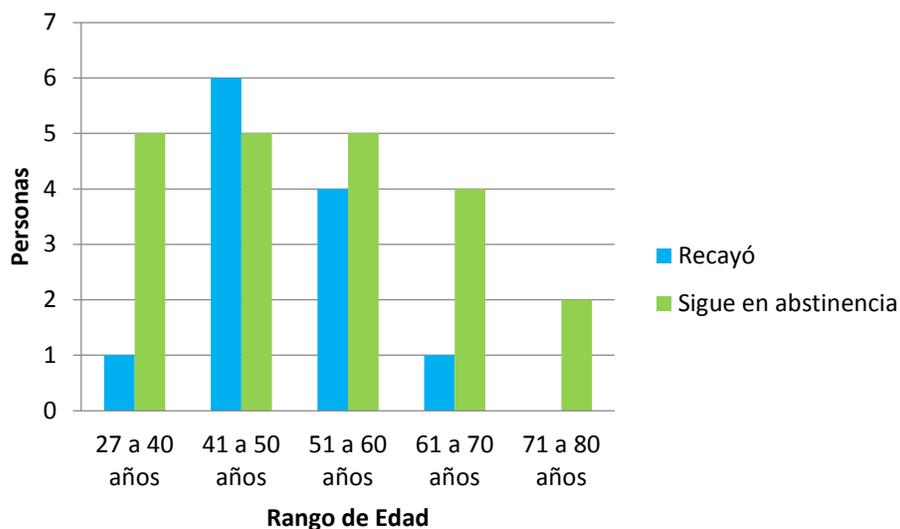


Figura 6. Edad y Recaída

Total de la Red (Apoyo Social) y Recaída

En cuanto al total de la red que perciben que le brindan apoyo y la recaída, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas dos variables. Para ello se realizó una Prueba de medianas de muestras independientes siendo .622, no significativa; y la prueba U de Mann – Whitney de muestras independientes, resultando .645, no significativa.

Total de Satisfacción (Apoyo Social) y Recaída

En cuanto al total de satisfacción que perciben del apoyo proporcionado y la recaída, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas dos variables. Para ello se realizó una Prueba de medianas de muestras independientes siendo .818, no significativa; y la prueba U de Mann – Whitney de muestras independientes, resultando .542, no significativa.

Autoeficacia de Mantenimiento y Recaídas

De igual manera, en cuanto a la autoeficacia de mantenimiento y las recaídas, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas variables. Para ello se realizó una Prueba de medianas de muestras independientes siendo .974, no significativa; y la prueba U de Mann – Whitney de muestras independientes, resultando .427, no significativa.

Nivel de dependencia a la nicotina y Total de la Red (Apoyo Social)

En cuanto al nivel de dependencia a la nicotina y la relación entre el número de personas que percibe que la apoya cada participante, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas variables. Para ello se realizó una prueba de medianas de muestras independientes, resultando .316, no significativa.

Nivel de dependencia a la nicotina y Total de satisfacción

En cuanto al nivel de dependencia a la nicotina y el total de satisfacción que perciben del apoyo proporcionado, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas variables. Para ello se realizó una Prueba de medianas de muestras independientes, resultando .316, no significativa.

Nivel de dependencia a la nicotina y Autoeficacia de mantenimiento

En cuanto al nivel de dependencia a la nicotina y la autoeficacia de mantenimiento, no existe evidencia significativa que señale que haya una relación entre estas variables. Para ello se realizó una Prueba de medianas de muestras independientes, resultando .639, no significativa

Apoyo Social Percibido (Total de Satisfacción y total de la red) y Autoeficacia

En cuanto a al apoyo social y la autoeficacia, se realizó una regresión logística, siendo no significativos ninguna de las tres variables. Total de la red (Apoyo Social) siendo .639, no significativa; total de satisfacción (Apoyo Social) siendo .444; y autoeficacia de mantenimiento siendo .459, siendo no significativa.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo fue contrastar el nivel de autoeficacia de mantenimiento y la percepción de apoyo social en pacientes con tratamiento en abstinencia y los que recayeron durante el tratamiento para dejar de fumar. Con base a los resultados obtenidos y el análisis que se hizo de los mismos, se encontró que no existe alguna relación entre el nivel de autoeficacia de mantenimiento y la percepción de apoyo social entre aquellas personas que dejaron de fumar y aquellas personas que no se mantuvieron en abstinencia.

Con respecto a la autoeficacia, se recordará que esta se ve afectada por ciertos elementos que pueden hacer que aumente o disminuya, tales como las experiencias previas, el observar los resultados obtenidos de otras personas con características similares, los comentarios provenientes de otras personas y, por último, los estados de ánimo como el estrés. El estudio muestra que el 51.5% de los pacientes cuenta con una autoeficacia de mantenimiento moderada, a pesar de esto, no se encontró evidencia significativa que muestre que la autoeficacia de mantenimiento y el mantenimiento de la abstinencia tengan una relación positiva. Se considera que dado que la autoeficacia es motivada o disminuida por dichos elementos, probablemente en el transcurso de su abstinencia, pudo haber sido afectada esta variable con comentarios y sobre todo, por lo que se ha visto en la práctica, por estados emocionales como por ejemplo el estrés en el trabajo o por un sin número de razones que, por tanto, alteren la estabilidad emocional de la persona disminuyendo la capacidad de poder resolver y afrontar los problemas emergentes durante el periodo de abstinencia en dichas situaciones y vuelva a fumar. Así, el carácter cognitivo de la fase de procesos volitivos del modelo Procesual en Acción en Salud, que es el que se refiere al control de la acción y en donde se determina la cantidad de esfuerzo y tiempo que la persona deberá invertir para mantener la conducta saludable, fue probablemente alterado en el transcurso de los seguimientos lo que ocasionó que la conducta saludable en aquellas personas haya bajado en fuerza.

Por otra parte, en relación con el apoyo social, López y Álvarez (s/f) mencionan que entre más cercanos y el tipo de relación afectiva previa que tenga la persona con su red social, será el grado de apoyo con el que cuente, por lo que si un sujeto vive solo o no tiene familia cerca, entonces contará con un apoyo precario. Así, se puede observar que el 39.4% de los pacientes cuenta con dos personas en promedio que lo apoyan y en segundo lugar con 24.2% están aquellos que son apoyados en promedio entre una y tres personas, siendo esto así, se esperaría entonces que al contar con “pocas” personas para apoyar al paciente, tendría este un apoyo deficiente y por tanto sería más propenso a volver a fumar, sin embargo aun con estos resultados no hubo una diferencia significativa, por lo que se piensa al menos que, en aquellos que lograron mantenerse en abstinencia, el apoyo social brindado por sus familiares y amigos logró esa adherencia terapéutica como lo menciona Martos y Pozos (2011).

Lee, Bontemps-Jones y Bauer (2010) mencionan que los vínculos sociales no solo se caracterizan por el número que lo conforma sino también por el grado de satisfacción del apoyo recibido, El estar “muy satisfechos” los pacientes con relación al apoyo que tienen, sería clave para que se mantuvieran en abstinencia por más tiempo. La satisfacción del apoyo con el que cuentan los pacientes en el estudio mostró que el 51.5% manifiesta estar “bastante satisfecho” con el apoyo que recibe, por lo que de igual manera se esperaría que eso aumentara el tiempo de abstinencia de los pacientes, sin embargo no existió tampoco evidencia significativa que demostrara dicha relación.

En relación con los “no fumadores” que se encuentran viviendo con el paciente en abstinencia, la literatura del capítulo cuatro señala que ayudaría a que el paciente prolongue su abstinencia por más tiempo, sin embargo tampoco se encontró evidencia significativa en dicha variable, precisamente se piensa que por la razón que menciona Cohen y McKay (1984 en Martos y Pozos, 2011) donde el apoyo social solo será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar, se piensa entonces que aquellas personas que recayeron no tuvieron un apoyo adecuado, ya que en la práctica y precisamente uno de los motivos por el cual se

realiza este trabajo, es el hecho de que el apoyo recibido de su red social suele ser a veces un poco adverso con su decisión de dejar de fumar y su etapa de mantenimiento de la abstinencia debido esto a que existen comentarios que tanto bajan el nivel de autoeficacia, así como disminuyen la percepción de apoyo proporcionado que el paciente esperaba tener o recibir de ellos.

Lee, Bontemps-Jones y Bauer (2010) mencionan que la percepción de apoyo disponible cuando se necesite, minimiza el estrés ante amenazas y permite participar a las personas en el uso de estrategias de afrontamiento. Siendo esto así, se piensa también que entonces no existió apoyo de su red social que ayudara a hacer frente a esos estados de estrés ante situaciones que considerase el paciente como amenazantes para el control de su abstinencia provocando que disminuyera su autoeficacia de mantenimiento debido a su estado emocional, dando como resultado que volviera a fumar.

Por último, se encontraron resultados que se considera importante mencionar. El 57.6% de los pacientes tienen un nivel de dependencia a la nicotina moderada, por lo que se pensaría que este hecho sería factor para una recaída, sin embargo no existió evidencia significativa entre aquellas personas que tuvieron una dependencia baja, moderada y alta y el mantenimiento por más tiempo de la abstinencia.

Teniendo como marco el modelo Procesual de Acción en Salud el cual menciona que los apoyos externos ayudan al mantenimiento de la conducta saludable, se concluye que en el caso del apoyo social como recurso externo para ayudar al mantenimiento de la abstinencia del cigarro, en este estudio, se encontró que no tiene un impacto significativo que apoye esta variable como predictor al mantenimiento de la abstinencia.

De igual manera se concluye que en relación a la autoeficacia de mantenimiento con marco al modelo de Schwarzer la cual se encarga del control de la acción, en este estudio, no cuenta con evidencia significativa suficiente para que sea considerada como predictiva al mantenimiento de la conducta saludable como es el estar sin fumar.

Por último, es importante mencionar algunas consideraciones para los siguientes estudios en relación con este tópico, tal es el caso de contar con una muestra más grande en la medida de lo posible ya que si bien es cierto que este tipo de población es complicada de mantener cautiva tanto en número constante así como en darles un seguimiento, ya que muchos no responden a ellos, y en donde también dependerá del número de personas que asista a pedir apoyo para dejar de fumar, ingrese a un tratamiento y lo concluya, el tener una muestra más grande evidentemente arrojará mejores resultados que se podrán generalizar para poder ser utilizados posteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, L. y Bruner, C. (2009). El efecto de un número percibido creciente de prestadores de ayuda sobre el bienestar psicológico. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(2) 223-232. Recuperado de. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016315009>
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. U.S.A. Masson S.A. Versión electrónica.
- Bandura, A. (1997). *Self –Efficacy: The exercise of control*. New York, U.S.A. W. H. Freeman and Company.
- Gallardo, J., Sánchez, I. y Almonacid, C. (2004). Planta del tabaco: Composición físico-química del humo del tabaco. Patología asociada a su consumo. En: Jiménez, C. y Solano, S. *Tabaco. Monografías de la sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica*. Vol.: 8. 166. Recuperado en: <http://www.neumomadrid.org/descargas/Tabaco.pdf>
- Jiménez, C. Abstinencia: ¿cómo definirla?, ¿cómo validarla? {Editorial}. (2006). *Prevención del Tabaquismo*. Vol. 8. (2).
- Lee, J., Bontemps-Jones, J. y Bauer, J. (2010). Social Support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. *Nicotine and Tobacco Research*. Vol.: 12. (7). 697-707.
- Luna, M. F. (2010). *Tabaquismo y ansiedad adolescente* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.

Martos, M. J. y Pozos, C. (2011). Apoyo funcional vs. Disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*. Vol.: 27. (1). 47-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018006>

Medina, S. y León, J. (2004). Modelos explicativos de la Psicología de la Salud. En León, J., Medina S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. *Psicología de la salud y de la Calidad de vida*. Edit. UOC. Barcelona. España. pp. 197

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo 2011. Plan de medidas MPOWER. Suiza. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo 2008. Plan de medidas MPOWER. Suiza. RECUPERADO DE <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/>

Ortego, M., López, S. y Álvarez, M. (s/f). Tema 13. El apoyo social. Universidad de Cantabria. Recuperado de: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf

Quesada, M., Carreras, J. y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *ADICCIONES*. Vol.: 14 (1). 65-78. Recuperado de: www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=177.

Regalado, J., Sansores, R. y Buitrago, G. (2005). Guías mexicanas para el tratamiento del tabaquismo. Un consenso nacional de expertos. *Rev. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax*. Vol.: 64. suplemento 2. 84 -113. Recuperado de: <http://www.neumomadrid.org/descargas/Tabaco.pdf>

- Secretaría de Salud. (2011). El tabaquismo en México. Vigilancia Epidemiológica. *Boletín epidemiológico* Vol.: 28(28). Recuperado de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2011/sem20/pdf/edit2011.pdf>
- Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Primera edición 2012. RECUPERADO DE http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Secretaría de Salud. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Primera Edición 2008. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Serrano, M. y Rojo, B. (2004). Historia y epidemiología del tabaquismo. En: Jiménez, C. y Solano, S. *Tabaco. Monografías de la sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica*. Vol.: 8. 166. Recuperado de: <http://www.neumomadrid.org/descargas/Tabaco.pdf>
- Stewart, D., Thomas, J. y Copeland, A. (2010). Perception of Social Support Provided to Smokers. *Journal to Smoking cessation*. Vol.: 5. (1). 95- 101.
- Strecher, V., McEvoy, B., Becker, M. y Rosenstock, I. (1986). The Role of Self Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. Vol.: 13. (1). 73-91. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3957687>
- Schwarzer, R. y Gutiérrez - Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*. Vol.: 28 (41-42). 11-39 Recuperado de:

<http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-41-42/05.RCP-41-42-Modelando-el-cambio-en-el-comportamiento-de-salud.pdf>

Schwarzer, R., Luszczynska, A., y Wiedemann, A. U. (2009). Perceived Self-Efficacy in Health Behaviour Change. *University Oxford*. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/en/document/view/14058511/perceived-self-efficacy-in-health-behaviour-change-the-construct-of>.

Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behaviors Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behavior. *International Association of Applied Psychology*. Vol.: 57. (1). 1-29. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x

Schwarzer, R., Sniehotta, F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., Wegner, M. y Ziegelmann, J. (2003). *On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting a Investigation*. Freie Universität Berlin. Berlin. Recuperado de: http://web.fu-berlin.de/gesund/hapa_web.pdf

Teixeira Do Carmo, J., Andrés, A. y Alvarez, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública*. Vol.: 21(4). 999-1005. Recuperado de: [http:// www. scielo. br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400002)

ANEXO 1

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Nombre completo: _____ No. Folio: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho situaciones en las cuales usted podría ser propenso a fumar. **Indique con una "X" el porcentaje** en el cual usted cree encontrarse ante estas situaciones.

- El 100% indica: "100% SEGURO DE QUE NO VOY A FUMAR Y AGUANTAR EL DESEO"
- El 0% indica: "ME SIENTO INSEGURO DE PODER RESISTIRME Y FUMAR".

En este momento qué tan seguro se siente para resistir la tentación de fumar en aquellas situaciones que involucran:

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

Me siento:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Inseguro de Resistir fumar y Fumo Seguro de Resistir

2. MALESTAR FISICO: (Por ejemplo: si me sintiera nervioso y tenso)

Me siento:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Inseguro de Resistir fumar y Fumo Seguro de Resistir

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

Me siento:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Inseguro de Resistir y Fumo Seguro de Resistir fumar

ANEXO 2



Cuestionario de Apoyo Social

Instrucciones Nombre: _____ Sexo: M o F Edad: _____

Las siguientes palabras son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera, liste a las personas con las que cuenta o confía, excluyéndose a usted mismo, para ayudarle o apoyarle en la forma como describe cada pregunta. Escriba las iniciales de cada persona y el tipo de relación que tienen con usted (vea el ejemplo). No liste más de 9 personas por pregunta, ni más de una junto a cada número.

En la segunda parte, ponga un círculo o una cruz, indique el nivel de satisfacción que usted tiene con el apoyo de todas las personas en general que mencionó en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para algunas de las preguntas, marque la palabra "nadie", pero aun así evalúe su nivel de satisfacción. **TODAS SUS RESPUESTAS SERÁN CONFIDENCIALES.**

EJEMPLO:

¿En quién confía para contarle información que pudiera meterlo a usted en problemas?

Nadie 1) T.N. (hermano) 4) F.N. (papá) 7)
 2) L.M. (amigo) 5) L.B. (empleado) 8)
 3) R.S. (amigo) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) Muy satisfecho 5) Bastante satisfecho **4) Un poco satisfecho**
3) Un poco insatisfecho 2) Bastante insatisfecho 1) Muy insatisfecho

1.- ¿En quién realmente puede confiar cuando necesite alguien que lo escuche?

Nadie 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho 5) bastante satisfecho 4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho 2) bastante insatisfecho 1) muy insatisfecho

2.- ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y él/ella le dijera que no lo quería volver a ver?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

3.- ¿En la vida de quienes cree que usted es una parte importante o integral?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

4.- ¿ Quién cree que lo ayudaría si se acabará de separar de su esposo(a) o novia(o)?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

5.-¿ Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aun cuando implicara un esfuerzo para ellos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

6.- ¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

7.- ¿Quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

8.-¿En quién puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando está estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

9.-¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

10.-¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubiera expulsado de la escuela o despedido?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

11.- ¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

12.- ¿Con quién siente que realmente lo aprecia como persona?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

13.-¿Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que usted cometa errores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

14.- ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo abiertamente y sin críticas cuando habla usted de sus sentimientos más íntimos?

Nadie 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho 5) bastante satisfecho 4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho 2) bastante insatisfecho 1) muy insatisfecho

15.-¿Quién lo apoyo cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?

Nadie 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho 5) bastante satisfecho 4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho 2) bastante insatisfecho 1) muy insatisfecho

16.- ¿ Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?

Nadie 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho 5) bastante satisfecho 4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho 2) bastante insatisfecho 1) muy insatisfecho

17.- ¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir más relajado cuando está bajo presión o está tenso?

Nadie 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho 5) bastante satisfecho 4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho 2) bastante insatisfecho 1) muy insatisfecho

18.- ¿Quién le ayudaría si un miembro cerca de su familia muriera?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

19.- ¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

20.-¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que lo esté sucediendo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

21.- ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

22.- ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

23.-¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

24.-¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

25.-¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

26.- ¿En quien puede realmente confiar para apoyarlo cuando tienen que tomar decisiones importantes?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho

27.- ¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco satisfecho
3) un poco insatisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho