



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Facultad de estudios Superiores Iztacala

**“Correlación entre afecto negativo y abstinencia
de consumo de cigarrros en mujeres universitarias”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JUAREZ ROBLES JAZMIN LILIANA

DIRECTORA: DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO

DICTAMINADORAS: DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

MTRA. GEORGINA CASTILLO ROBERTO



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Doctora Jennifer Lira Mandujano, por su apoyo, confianza, correcciones y sobre todo por creer en mí, sé que sin su constancia no sería posible la realización de esta tesis.

Maestra Erendira Valdez, por estar conmigo, por tu ayuda a lo largo de la realización de mi tesis, consejos e instrucciones, por ser mi amiga y guía.

Maestro Daniel, por tus valiosas aportaciones y guía, por tus observaciones y consejos.

Dedicatorias

A mis padres

No tengo palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí, los días de trabajo constante, cada sacrificio, cada desvelo y cada renuncia me han llevado a este logro, que es todo suyo, gracias por estar para mí, por ser un lugar seguro al que volver cada que me siento perdida y sobre todo por apoyarme cuando sentía que no podía más, son ustedes lo que me motiva a continuar, siempre han sido y serán mi ejemplo a seguir. ¡Gracias por ser tan maravillosos!

Mami...

Gracias por ser como es, por enseñarme que la vida puede empezar de cero, que no hay miedo que con determinación no se puede superar y que a pesar de lo que diga el mundo la vida puede ser divertida, bonita y mágica si tienes el apoyo de tus seres queridos. Gracias por ser mi soporte durante este largo, frustrante y difícil trayecto. No tengo manera de agradecer cada palabra, abrazo, consejo y compañía durante mis mejores y peores días. Gracias por sostener mis metas, en momentos por hacerlas crecer y en otros más por mantenerlas para mí, por escuchar mis dudas, por llenarme de valor, por ser mi confidente y sobre todo por ser la chispa de felicidad y alegría en mi vida.

Papi...

Gracias por ser el lado sensato de mi vida, cada palabra, aprobación o negación me hacen saber que cada acción debe ser meditada y consiente, por enseñarme que la constancia y la búsqueda por lo correcto nos llevan a disfrutar de las recompensas. Le agradezco cada mañana que se levantó a trabajar para que yo pudiera estudiar, cada desvelo para que llegáramos temprano a la universidad y cada noche en que me acompañaba haciendo tarea. Estoy agradecida al cielo por el maravilloso padre que tengo, el apoyo que me brinda a pesar de saber que en varia ocasiones me equivoco al elegir mi camino no tiene comparación, a pesar de las malas decisiones en mi vida siempre serán mi faro, la luz que me guía y mi mayor ejemplo. Gracias por renunciar a tanto por mí, no hay manera en que pueda pagarle por todo.

A mi hermana

Vio, gracias por ser más que una hermana, eres un apoyo, una amiga, a ratos una madre y siempre una mano de la cual sostenerme. Gracias por escuchar cada una de mis quejas y por resolver de la manera más simple la cantidad infinita de preguntas que a menudo tengo. Gracias por estar para mí, por hacerte un tiempo para acompañarme en este proceso, por tus consejos y tu guía, por confiar en mis decisiones por ser mi muro frente a los miedos y mi soporte. Gracias Vio por ser como eres, por ser mi mejor amiga y por estar siempre conmigo.

A mis amigos

Magaly, Uriel, Juana, Jenni, Yaz y Zully, gracias por apoyarme y acompañarme en este largo proceso, por las experiencias compartidas, crecer a su lado ha sido de las mejores cosas que me han pasado. Gracias por sus consejos buenos y malos, mi trayectoria escolar es un grato recuerdo gracias a su compañía. Gracias sobre todo por soportar mi mal genio y mi difícil manera de ser, de verdad muchas gracias por todo lo que han hecho por mí.

José, gracias... por todo.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	3
1. Epidemiología.....	6
1.1 Datos epidemiológicos internacionales y consecuencias en la salud.....	6
1.2 Datos epidemiológicos nacionales y consecuencias en la salud.....	9
1.3 Consumo de tabaco en mujeres.....	12
1.4 Consecuencias en la salud de las mujeres fumadoras.....	13
2. Tratamientos para dejar de fumar.....	14
2.1 Tratamientos de primera línea.....	14
2.1.1 Terapia de sustitución con nicotina (TSN).....	14
2.1.2 Bupropión.....	16
2.1.3 Agonistas parciales de los receptores de nicotina.....	17
2.2 Tratamientos cognitivo-conductuales.....	19
3. Factores asociados al consumo de tabaco.....	21
3.1 Factores sociodemográficos.....	21
3.2 Factores farmacológicos.....	24
3.3 Nivel de dependencia.....	25
3.4 Síntomas de abstinencia.....	27
3.5 Afecto positivo y negativo.....	28
4. Objetivo general.....	33
4.1 Objetivos específicos.....	33
5. Método.....	34
5.1 Instrumentos.....	34
5.2 Materiales.....	36
5.3 Procedimiento.....	36
6. Resultados.....	39
7. Discusión.....	44
8. Referencias.....	48

RESUMEN

El consumo de tabaco es un problema de salud a nivel internacional, y la primera causa prevenible de diferentes enfermedades. Con respecto al consumo de tabaco en México se observa que el número de mujeres que fuman está en aumento, y es en la época universitaria en la que este consumo se puede aumentar o consolidar, principalmente en mujeres se observa que el consumo de tabaco está relacionado con la regulación del afecto negativo por lo tanto el objetivo de la presente tesis fue evaluar la asociación que existe entre el nivel de afecto negativo y el patrón de consumo de cigarros después de una Intervención Breve Motivacional para dejar de fumar en mujeres universitarias, para lo cual se utilizó una muestra de 15 estudiantes fumadoras, pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que asistieron a intervención Breve para dejar de Fumar. En la sesión de evaluación inicial y final se aplicó el Cuestionario de afecto positivo y negativo PANAS, se utilizó el coeficiente de Correlación de Spearman y la prueba Wilcoxon, encontrando una asociación lineal, significativa entre el nivel de afecto negativo antes de la intervención y el patrón de consumo final además de existir una diferencia significativa entre el patrón de consumo inicial y el final. Los resultados encontrados concuerdan con lo descrito por diversos autores en los que se sugiere que las mujeres tienen mayor dificultad para dejar de fumar porque su comportamiento está más influenciado por el afecto negativo.

Abstract

The use of tobacco is a health problem of international level, and is the first preventable cause of different diseases. In Mexico the use of tobacco in females is increased and is in the university years when this consumption can increase or consolidated, in females we observe a relation between the tobacco consumption and the regulation of negative affect therefore the aim of the present investigation is evaluate the association between the negative affect level and the pattern of tobacco consumption after a motivational short intervention for cease smoking in university females, for this propose it was used a sample of 15 smoker females belonging to Facultad de Estudios Superiores Iztacala, they assisted a short intervention to smoking cease, in the initial and final evaluation session we applied the positive and negative affect schedule (PANAS) we used the Spearman correlation coefficient and Wilcoxon test, this test showed a meaning lineal relation between the negative affect level before a short intervention and the final consumption pattern, further this we observed an meaning difference between the initial and finale consumption pattern. These results agree with diverse authors that suggest a mayor difficult of smoking ceased in females because this behavior is influenced for the negative affect.

INTRODUCCIÓN.

El consumo de tabaco se considera un problema de salud pública a nivel internacional y como la primera causa prevenible de diferentes enfermedades (WHO, 2013). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el consumo de tabaco, a diferencia del consumo de otras drogas, está asociado principalmente a enfermedades crónicas de alto riesgo de mortandad como son: diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). A nivel internacional se ha documentado que, en el caso de las mujeres el consumo de tabaco se ha asociado a diferentes tipos de cáncer y se ha incrementado en los últimos años en ésta población (cáncer de mama, de pulmón, oral, garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, riñón, cérvix y útero; Pont- Martínez, 2007).

A nivel internacional al consumo de tabaco se le atribuye el 8.8% de la carga de enfermedad global en términos de mortalidad. Se señala que el consumo de tabaco está asociado a la muerte prematura a cerca de seis millones de personas al año y causa pérdidas económicas de cientos de millones de dólares (González, 2015). Específicamente, para México, los datos muestran que en términos de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, años vividos en condiciones de discapacidad) atribuible al consumo de tabaco, el rango de edad se ubica de 15 a 59 años con un 61%. En cuanto a la mortalidad, el porcentaje más alto de muertes atribuibles al consumo de tabaco de acuerdo a la edad se ubica en el rango de 60 años en adelante con un 70%. Por lo anterior se observa que los años perdidos debido a la discapacidad atribuida al consumo de tabaco se presentan en edades tempranas y las consecuencias mortales se observan en edades más avanzadas causadas por enfermedades crónicas asociadas con el consumo de tabaco.

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 realizada en México en la población de 12 a 65 años, indica que existen 17.3 millones de fumadores activos (12 millones son hombres y 5.2 millones son mujeres) que corresponden al 21.7% y 8.9% que señaló fumar diario un promedio de 6.5 cigarros, mientras que el promedio de la edad de inicio del consumo diario es de 20 años en hombres y 21.7 años en mujeres (Reynales- Shigematsu et al., 2012).

Lo anterior se ve reflejado en los costos atribuibles al consumo de tabaco, ya que se señala que en México mueren 118 personas diarias por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (43, 246 por año) y consumo pasivo, principalmente por enfermedades cardíacas, EPOC, cáncer de pulmón, otros cánceres, accidente cerebro-vascular y neumonía (Pichon- Rivier, et al., 2013). Respecto a los costos de atención médica asociados a los problemas de salud provocados por el tabaco, el costo total en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) asciende a 12,188 millones de pesos, lo que corresponde a 7.4% del total de los gastos de operación en el IMSS durante el año 2004 (Reynales- Shigematsu, Juárez-Márquez y Valdés-Salgado, 2006). Un estudio más reciente señala que en México el costo anual de atención de esta problemática es de 6,252 millones de pesos y por otro lado que la disminución de la expectativa y calidad de vida por fumar expresados en Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC) en mujeres es de 5.63 años y en el caso de los hombres 5.08 años. Estos datos resultan alarmantes dado que en México en los últimos años el consumo de cigarros en mujeres ha aumentado y la edad de inicio ha disminuido, sin embargo, las consecuencias ya mencionadas se pueden prevenir (Pichon- Rivier et al., 2013).

En esta línea, González- Roldán (2015) menciona dos puntos a resaltar en cuanto a aspectos epidemiológicos se refiere. El primero es que al analizar el comportamiento de la epidemia del tabaquismo en México actualmente se está atravesando por un estadio que se caracteriza por el incremento de mujeres fumadoras, y el segundo, se refiere a las tendencias epidemiológicas, donde se observa que en México existe una disminución de la edad de inicio y un incremento en la prevalencia de mujeres fumadoras a lo que denomina “feminización de la epidemia”.

Por otro lado, se ha visto que las mujeres, a diferencia de los hombres, utilizan el cigarro para regular el afecto negativo, es decir como reforzador negativo (Eissenberg, 2004; Leventhal, Boyd, Moolchan, Waters, Lerman, & Pickworth, 2007).

Teniendo en cuenta el incremento de consumo de cigarros en mujeres resulta importante evaluar la asociación que existe entre el nivel de afecto negativo y el patrón de consumo de cigarros después de una intervención breve motivacional para dejar de fumar en mujeres universitarias.

Para cumplir con dicho objetivo se presenta a continuación información recabada sobre el incremento de mujeres fumadoras, se inicia con los datos epidemiológicos internacionales y sus costos, donde se abordan el tema de la incidencia de consumo de tabaco en el mundo, así como el porcentaje de hombres y mujeres que lo consumen, los índices de mortalidad y las enfermedades que trae como consecuencia. También en este capítulo se aborda el tema del consumo en México, y como este consumo está relacionado con las principales causas de muerte en el país por enfermedades no transmisibles.

En el siguiente capítulo se explica cuáles son los tratamientos para dejar de fumar, específicamente tratamientos de primera línea y tratamientos cognitivo conductuales.

En el tercer capítulo se hace una recopilación de los factores asociados al consumo de tabaco, desde edad, género, condición socio demográfico y afecto negativo además de investigar si existe una diferencia entre los factores que explican el comportamiento en hombres y mujeres.

1. EPIDEMIOLOGÍA.

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el consumo de tabaco está relacionado con la muerte de siete millones de personas al año, convirtiéndose en una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. De este porcentaje más de seis millones son consumidores directos y más de 890 000 son no fumadores expuestos al humo que se produce por la quema de tabaco. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco.

El tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud ya que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte (Kuri, González-Roldán, Hoy y Cortés, 2006).

1.1 Datos epidemiológicos internacionales y consecuencias en la salud.

De acuerdo al informe de Shafey, Ericksen, Ross, y Mackay (2009) en la tercera edición del atlas del tabaco publicado por la academia americana contra el Cáncer, el consumo global de tabaco ha ido aumentando desde la invención de la primera máquina para enrollar cigarros en el año 1881. Del total de la población que fuma, el 84% viven en países en vías de desarrollo. Mientras que en los países desarrollados se han adoptado medidas cada vez más restrictivas para el control del consumo de tabaco y existe una mayor conciencia dentro de la población, en los países en desarrollo la epidemia se está extendiendo cada vez con mayor intensidad. Los autores recabaron información que muestra que casi mil millones de hombres fuman en el mundo, cerca del 34% de los hombres viven en países de altos recursos y el 50% de los hombres viven en países en vías de desarrollo. El país que presenta mayor índice de consumidores de tabaco es China, en donde cerca del 60% de los hombres chinos son fumadores y el país consume más del 37% de los cigarrillos del mundo.

Respecto al consumo de las mujeres se calcula que 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22% de estas mujeres viven en países de altos recursos y el 9% de ellas habitan en países de recursos medios y bajos. Aunque el consumo de tabaco en las mujeres en la mayoría de los países de altos recursos está disminuyendo, especialmente en Australia, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos, las tasas de consumo femenino de tabaco en varios países del sur, centro y este de Europa van en aumento.

De las más de 500.000 muertes anuales asociadas al consumo de tabaco en Europa, la mitad corresponde a personas menores de 70 años. La prevalencia sigue siendo mayor en hombres que en mujeres en todos los países, a excepción de Suecia, donde el consumo es relativamente bajo en ambos sexos y algo mayor en mujeres. Dentro de Europa Occidental, las mayores proporciones de personas que fuman siguen encontrándose en los países mediterráneos (Álvarez, Benito, del Castillo, López, y Viadero, 2007).

La prevalencia de la epidemia del consumo de tabaco se ve asociada a diversas enfermedades que se desarrollan tanto en los fumadores como en los no fumadores. Los datos recolectados por la OMS (2011) muestran que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) es decir aquellas enfermedades que son de larga duración y por lo general de progresión lenta, son la principal causa de mortalidad-enfermedad a nivel mundial dado que cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. En el año 2008, de los 57 millones de muertes a nivel mundial, 36 millones se debieron a ENT principalmente de tipo cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas. En los países de ingresos bajos y medios se concentran mayoritariamente los casos, causando una carga social y económica difícil de abordar, ya que alrededor del 25% de las muertes por ENT ocurren antes de los 60 años de edad. Estas enfermedades se explican básicamente por cuatro factores de riesgo: consumo de tabaco, dieta malsana, insuficiente actividad física y consumo riesgoso de alcohol. En la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica y osteoporosis, como principales problemas.

Las enfermedades crónicas están aumentando en todo el mundo, sin distinción de región o clase social. Los países más pobres son los más afectados, ya que el 80% de las

muerres por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios (Moiso, Mestorino, y Ojea, 2007).

Debido a la gran cantidad de agentes perjudiciales que contienen los productos del tabaco, el consumo de este es un hábito que produce un alto número de enfermedades diversas, también es la principal causa modificable de 25 enfermedades entre ellas diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública prioritario en el plano mundial (Reynales-Shigematsu, et al. 2006)

El humo del tabaco contiene más de 7000 químicos, cientos de los cuales son tóxicos y afectan negativamente a casi todos los órganos. En el humo del tabaco se encuentran al menos 69 carcinógenos. El fumador incrementa el riesgo de muerte por enfermedad isquémica más de 2.5 veces y de muerte por cáncer pulmonar y enfermedad crónica 20 veces. Fumar causa daño y enfermedad a la mayoría de los órganos, entre sus consecuencias a nivel de cabeza y cuello se destacan: cataratas, ceguera (por degeneración muscular), accidentes cerebro vasculares, cáncer de cavidades nasales y senos paranasales, alteración del olfato, enfermedad periodontal, pérdida de piezas dentales, caries, cáncer de labios, boca, laringe y faringe, alteración del sentido del gusto, mal aliento, cáncer bronquial, pulmonar y traqueal, enfermedad obstructiva crónica, asma, tos crónica, trombosis coronaria y aterosclerosis. A nivel de tórax y abdomen: cáncer esofágico, gástrico, de colon, hepático y pancreático, úlcera péptica y riesgo aumentado de cáncer de mama. También está involucrado en casos de fertilidad reducida, impotencia, enfermedad vascular periférica, trombosis venosa profunda, osteoporosis entre otras (Sandi y Sandi, 2016).

Los costos económicos del tabaco se extienden más allá de los costos directos de las muertes relacionadas con el tabaco y las pérdidas afines a productividad. Otros costos incluyen los gastos de atención médica para fumadores activos y pasivos, ausentismo de empleados y disminución de la productividad laboral, daños por incendios debidos a fumadores descuidados, incremento en los costos de limpieza, daño ambiental generalizado por deforestación en gran escala, contaminación por pesticidas y fertilizantes, y basura desechada. Los costos económicos totales del tabaco reducen la riqueza nacional en términos de producto interno bruto (PIB) hasta en un 3,6 por ciento (Shafey, Eriksen, Ross & Mackay, 2009).

1.2 Datos epidemiológicos nacionales y consecuencias en la salud.

Desde 1988 México ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones, lo cual permite contar con una visión más clara acerca del consumo de tabaco en el país. De esta manera es posible idear mejores lineamientos para detener la epidemia. Se cuenta con información periódica sobre el consumo de tabaco desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), encuestas en grupos poblacionales específicos y estudios de accesibilidad al producto por menores de edad, entre otras fuentes. Esta vigilancia permite conocer que entre las principales amenazas para la salud de los mexicanos se encuentra el creciente consumo de productos del tabaco.

Las estimaciones de mortalidad indican que el consumo de tabaco es responsable de entre 25, 000 y 60,000 muertes al año en México. Existen varias estimaciones de la prevalencia del consumo de tabaco en nuestro país, debido a la utilización de diferentes encuestas y fuentes de datos, como la Encuesta Nacional de Salud, (ENSA) que en el año 2000 estimó una prevalencia del consumo de tabaco en la ciudad de México entre el 25.4% y el 38.3% en hombres y el 16.6% para mujeres. En el 2006 se hace una segunda aplicación de esta encuesta conocida como Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANut) en donde se estimó la prevalencia de cualquier tipo de consumo de cigarrillos en adultos de 20 años y más en 18.9% (30.4% para hombres y 9.5% para mujeres) (Waters, Sáenz de Miera, Ross y Reynales, 2010).

En los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 (Reynales Shigematsu et al., 2012) se indica una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21. 7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos. La población está ubicada de 12 a 65 años de edad, de los cuales el 8.9% de la muestra informó ser fumador diario; en cuanto a la selección por sexo el 13.2% de hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. De la población encuestada el 26.4% señalaron ser ex fumadores el 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% de la población indicó nunca haber fumado.

La ENA 2011 obtuvo una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Al desagregar por

sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres se encontraron en esta categoría. El 10.3% (6.8 millones de personas) de los adultos son fumadores diarios, 15.5% de los hombres y 5.5% de las mujeres fuman diariamente. Es importante resaltar que los adultos fumadores son principalmente ocasionales (13.3%). La prevalencia de ex fumadores es de 29.7% (19.7 millones de personas), 35.1% en los hombres y 24.7% en las mujeres. El 46.7% (30.1 millones) de los adultos mexicanos nunca ha fumado. Esta proporción es significativamente mayor en el grupo de las mujeres comparado con los hombres (61.7% vs 30.3%, respectivamente).

El tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es uno de los indicadores más importantes de adicción. En México el 11.4% de los fumadores activos en el último mes (1.5 millones de personas) fumaron su primer cigarro 30 minutos después de despertarse; este nivel de muy alta adicción fue similar para hombres (12.6%) y mujeres (8.6%).

El 58.4% del total de los fumadores ha intentado dejar de fumar. La mayoría de las personas que han intentado dejar de fumar lo han hecho súbitamente (57.2%), o disminuyendo gradualmente el número de cigarros (17.6%). Un porcentaje menor dejó de comprar cigarros (14%); ha sustituido fumar por otras actividades (4.2%) o se ha sometido a un tratamiento (2%). En general, el 79.6% de los participantes ha escuchado hablar de medicamentos para dejar de fumar. Del total de los entrevistados el 26.4% son ex fumadores, de los cuales el 34.3% refiere que la razón principal por la que dejó de fumar fue por conciencia del daño a su salud (Reynales Shigematsu et al., 2012).

En cuanto a la salud, se sabe que el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de muerte y enfermedad en el mundo. En México, el consumo de tabaco es responsable de una importante cantidad de muertes, enfermedad y costos sanitarios. El mayor peso está dado por las enfermedades cardiovasculares, las cuales ocupan el primer lugar de muertes atribuibles al consumo de tabaco con 11, 469 muertes seguida de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 10, 664 muertes y en tercer lugar se encuentra el cáncer de pulmón con 6, 035 muertes. Su impacto en la mortalidad y en calidad de vida es responsable de la pérdida de años de vida y explica el 8.4% de todas las muertes que se producen en el país cada año. Lo cual representa 43,246 muertes por año que podrían ser evitadas.

El consumo de tabaco genera además un costo directo anual de cerca de 61 mil millones de pesos mexicanos, lo que equivale al 1% de todo el producto interno bruto (PIB) del país y al 11% del monto que México gasta en salud anualmente. La recaudación impositiva por la venta de cigarros es de alrededor MXN\$ 30 mil millones cada año, un valor que apenas llega a cubrir el 50% de los gastos directos provocados por el tabaco en el sistema de salud (Pichon- Riviere, et al., 2013).

El estado mexicano gasta 45 mil millones de pesos anuales relacionados al consumo de tabaco. Pero los costos de las enfermedades atribuidas al tabaco varían según el tamaño de la institución y el grupo de enfermedades. En México se recauda menos por impuestos comparado con el gasto público en atención médica directa por las enfermedades atribuibles a tabaco (SINAVE/DGE/SALUD, 2012).

Los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México, por tan sólo cuatro de las enfermedades más estudiadas, se estimaron para 2009 en montos que van de entre 23 mil millones de pesos a 43 mil millones de pesos (Comisión Nacional contra las adicciones, 2011).

Otro de los grandes problemas que origina el consumo de tabaco es el costo que tiene para el gasto familiar. Para un gran sector de la población como las poblaciones con mayor grado de marginación, las personas más jóvenes que aún no son económicamente activas, y otras que no tiene un ingreso fijo y bien remunerado son las principales agraviadas por el uso del tabaco. El gasto mensual promedio para cigarros es de \$486 en hombres y \$371 en mujeres. A mayor edad el gasto en tabaco es mayor. En la zona de residencia urbana es donde el gasto en cigarros es mayor que en la zona urbana y rural. El nivel educativo que más gasta en cigarros es el universitario, seguido por el no formal (SINAVE/DGE/SALUD/, 2012).

1.3 Consumo de tabaco en mujeres.

El consumo de cigarros en mujeres ha ido en aumento e incluso en los países en los que se ha registrado una disminución en el consumo de cigarros la reducción es menos pronunciada entre las mujeres. Sobre los últimos datos de la OMS entre 1950 y 2000 aproximadamente 10 millones de mujeres murieron debido al consumo de tabaco y se ha

estimado que entre el 2000 y 2030 esta cifra tendrá un aumento a 40 millones (Siquiera, Faibichew, de Paula, & Arrabal, 2011).

A pesar de que el consumo de tabaco en hombres es más alto, éste está disminuyendo en varios países, mientras que la tasa de mujeres fumadoras está en constante crecimiento (Figueira & De Vargas, 2015).

En los datos reportados en la quinta edición del atlas del tabaco (Ericksen, Mackay, Schubert, Islami, Gomeshtapeh, & Drope, 2015) se estima que 176 millones de mujeres adultas en todo el mundo son fumadoras diarias y aunque las tasas de consumo de tabaco disminuyeron significativamente de 1980 a 2013 en países de altos ingresos, en los países de medianos y bajos ingresos se ha aumentado.

De los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo, aproximadamente un 20% son mujeres. Tanto los fumadores como las fumadoras son más propensos al cáncer, las cardiopatías y las enfermedades respiratorias. Desde los años veinte, cuando las mujeres americanas empezaron a ser uno de los objetivos de la industria tabacalera, se han utilizado varias imágenes y temas para alentar a las mujeres a que fumen, fomentando su aceptación social y destacando los atributos supuestamente deseables de determinadas marcas de cigarrillos. Algunos de los temas dominantes que se han vinculado al consumo de tabaco y a determinadas marcas de cigarrillos en particular han sido el glamur, la sofisticación y el estilo, el lujo, la clase, el romance y el sexo, la sociabilidad, el disfrute y el éxito, la salud y la frescura, la emancipación o la delgadez (Haglund, 2010).

Las empresas tabacaleras intentan vincular el tabaquismo entre las mujeres con los derechos y la igualdad de género, el éxito y la delgadez. Para lo cual se vale de diversas estrategias para promover la aceptación social del consumo del tabaco en las mujeres, incluyendo el desarrollo de productos (por ejemplo, sabores y aromas), el diseño de productos y la publicidad, participando en programas de responsabilidad social, y el uso de influencia de medios de comunicación populares (Ericksen, Mackay, Schubert, Islami, Gomeshtapeh & Drope, 2015).

2.4 Consecuencias en la salud de las mujeres fumadoras

Como se ha comprobado, el consumo del tabaco ocasiona graves daños a la salud, tanto de fumadores como de no fumadores, ya que se asocia principalmente con el cáncer pulmonar y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. A su vez incrementa el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro-vasculares, además de que tiene repercusiones en el medio ambiente y en la economía. De hecho, el consumo de tabaco está relacionado prácticamente con las cuatro enfermedades que representan las mayores causas de muerte en México (Comisión Nacional Contra las adicciones, 2011).

Las mujeres fumadoras presentan mayor vulnerabilidad a ciertas consecuencias graves para la salud, además las mujeres experimentan consecuencia específicas del sexo, incluyendo función menstrual alterada, infertilidad, embarazo ectópico, menopausia temprana y cáncer de cuello uterino. El dejar de fumar puede prevenir y reducir muchas de las consecuencias perjudiciales del consumo de tabaco y ejerce mayores beneficios cardiovasculares y respiratorias para mujeres, sin embargo, a pesar de ser más propensas a reportar un intento por dejar de fumar tienen menor éxito (McKee, Smith, Kaufman, Mazure, & Weinberger, 2015).

2. TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR.

En la actualidad, existen diferentes tipos de intervenciones que han demostrado ser efectivas para los fumadores que desean dejar el hábito de fumar. Los tratamientos pueden dividirse en farmacológicos y psicológicos. Dentro del tratamiento farmacológico se pueden distinguir dos grupos: compuestos sin nicotina y Terapias de Sustitución con Nicotina (TSN). En el primer grupo destacan el tartrato de vareniclina y el bupropión. Dentro de la TSN se encuentran los parches, goma de mascar, tabletas sublinguales y orales, así como aerosol nasal (Regalado, Lara, Osio y Ramírez, 2007).

2.1 Tratamientos de primera línea

La intervención farmacológica constituye una herramienta terapéutica efectiva que duplica la posibilidad de éxito de un intento de abandono de consumo de tabaco, por medio del control de los síntomas de abstinencia, y, se ha demostrado que es mucho más efectiva que el placebo en la promoción de suspensión del consumo de tabaco en un término de 6 a 12 meses (Becerra, Cañón, & Vivas, 2010). Los tratamientos de primera línea son aquellos que ante la evidencia son aceptados como los mejores, dado que al ser empleados, el costo-beneficio resulta ser mayor a los daños causados.

La FDA (Food and Drug Administration de EE. UU.) ha aprobado el uso de tres medicamentos en el tratamiento para dejar de fumar: Tratamiento de Sustitución con Nicotina, bupropión y vareniclina. Existen otros medicamentos que, aunque no están aprobados por la FDA, se utilizan como drogas de segunda línea para dejar de fumar (Bello, Flores, y Bello, 2008).

2.1.1 Terapia de Sustitución con Nicotina (TSN)

La nicotina es un alcaloide presente en el tabaco y es la responsable fundamental de la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Aproximadamente necesita unos 7 segundos para actuar sobre el cerebro, un cigarro contiene en promedio 0,5 – 1 mg de nicotina, de la que aproximadamente el 25% llega a la circulación sistémica del fumador pudiendo incrementar la biodisponibilidad según la intensidad de la aspiración, el tiempo de eliminación es de 2-3 horas, de modo que su consumo regular motivaría que se acumulen niveles de

nicotina durante 6-8 horas (Kaplan & Sadock's, 2000 citado en Morán, Trillo, Espigares, Panero, Gallego, Mesas, Vivar, Guerrero y Solís, 2011).

La TSN es aquella en la que la nicotina se obtiene por una vía diferente a la inhalación del cigarro y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas asociados al síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia. La TSN, reduce los síntomas de abstinencia en los fumadores que dejan de fumar.

Sus principales mecanismos de acción son la reducción de los síntomas de privación de nicotina y de los efectos reforzantes, y la producción de ciertos efectos previamente buscados en los cigarros (relajación, facilitación del enfrentamiento de situaciones estresantes, etc.; Henningfield, 1995)

La TSN en forma de goma de mascar o chicle y el parche transdérmico fueron los primeros tratamientos farmacológicos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para usarse en los tratamientos para dejar de fumar. Estas terapias se utilizan para reducir los síntomas del síndrome de abstinencia debido a que producen alteraciones fisiológicas menos severas que las producidas por el tabaco, además de que no contienen los carcinógenos y gases asociados al humo de tabaco. La TSN proporciona al usuario niveles más bajos de nicotina que los del tabaco (National Institute on Drug Abuse, 2011).

Para su utilización es importante observar que el usuario tenga un consumo menor de 10 cigarrillos al día, que no exista contradicción médica, no estar embarazada, lactando o ser adolescente. Las formas en las que se puede encontrar la TSN son parches, chicles, comprimidos y espray bucal (Morán, et al, 2011).

Existen en la actualidad diferentes modalidades de administración de remplazo de nicotina, entre las que se destacan la goma de mascar de 2mg y 4mg; parches de liberación transdérmico, de 16 hasta 24 horas en dosis de 5mg/16h; 10mg/16h; 15mg/16h; 7mg/24h; 14mg/24h y 21 mg/24h. En general, se ha observado que la TSN incrementa las probabilidades de éxito a mediano plazo, al mismo tiempo es bien tolerada por los usuarios. Todas las modalidades de TSN resultan efectivas en el tratamiento de la adicción a la nicotina,

aunque en casos particulares alguna puede ser de mayor utilidad (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 2005).

Dejar de fumar puede prevenir y reducir muchas de las consecuencias perjudiciales del consumo de tabaco y ejerce mayores beneficios cardiovasculares y respiratorios para mujeres, sin embargo, a pesar de ser más propensas a reportar un intento para dejar de fumar tienen menos éxito. Los estudios han demostrado que las mujeres pueden ser menos sensibles a la terapia de reemplazo de nicotina como ayuda para dejar de fumar y los resultados de las diferencias de sexo en la eficacia de bupropión han sido mixtos (McKee, Smith, Kaufman, Mazure, & Weinberger, 2015).

2.1.2 Bupropión

El bupropión es otra de las opciones de tratamiento farmacológico de primera línea para el abordaje de consumo de tabaco. El fármaco fue comercializado en la década de los 80 como antidepresivo; se demostró en estudios posteriores su efecto beneficioso en el tratamiento de la dependencia a la nicotina. El Bupropión actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de noradrenalina y de dopamina y, en menor proporción, de serotonina, aumentando los niveles de estas sustancias en el núcleo accumbens (Becerra, Cañón & Vivas, 2010).

El bupropión debe ser prescrito como parte de un tratamiento para la abstinencia en el que el fumador se compromete a dejar de fumar en una fecha determinada. La prescripción de bupropión debe durar 3 o 4 semanas y las prescripciones siguientes se deben dar sólo a las personas que demuestran, en una reevaluación que su intento por cambiar su hábito de consumo de tabaco es continuo.

Una revisión basada en 19 estudios clínicos de bupropión para la suspensión del consumo de tabaco, mostró que duplica la probabilidad de éxito en comparación con el placebo (OR= 2,06; IC 95% 1,77-2,40). También se ha demostrado que disminuye los síntomas de abstinencia y de ansiedad. Las tasas de abandono con bupropión son muy similares a las alcanzadas con la TSN y no hay diferencia entre géneros. Además, el bupropión disminuye la ganancia de peso asociada con la deshabituación tabáquica, en las mujeres (Hughes, Stead & Lancaster, 2007).

Este medicamento se encuentra en presentación de comprimidos de liberación retardada de 150 mg. La dosis recomendada es de 150mg al día durante tres días, para pasar a 300 mg al día, con una separación entre ambos de, por lo menos, ocho horas. El tratamiento se inicia cuando todavía el paciente fuma; hábito que debe abandonar entre una semana y quince días después de iniciado el tratamiento.

El bupropión es efectivo en el tratamiento para dejar de fumar y duplica las posibilidades en comparación con placebo. Además del bupropión existe la vareniclina, un fármaco de primera línea que según señalan los recientes meta-análisis al utilizarla se multiplican por tres las posibilidades de éxito al cabo de un año de seguimiento, en el mismo estudio se encontró que este fármaco ayudó a más fumadores a dejar de serlo en comparación con el bupropión (Cahill, Stead & Lancaster, 2007).

2.1.3 Agonistas parciales de los receptores de nicotina

Cuando dejan de fumar, las personas pueden experimentar un deseo imperioso de fumar y cambios desagradables del estado de ánimo. El objetivo de los agonistas parciales de los receptores de nicotina es reducir estos síntomas de abstinencia y el placer que las personas generalmente experimentan cuando fuman. El tratamiento con una disponibilidad más amplia de este tipo de fármaco es la vareniclina, que está disponible en todo el mundo como una ayuda para dejar de fumar. La citosina es un fármaco similar, pero solamente está disponible en los países de Europa central y oriental y a través de ventas en internet (Cahill, Lindson-Hawley, Thomas, Fanshawe, & Lancaster, 2016).

Vareniclina es un fármaco no nicotínico, utilizado en el tratamiento para disminuir el consumo de tabaco. Es un agonista parcial selectivo del receptor nicotínico de acetilcolina (nAChR) alfa 4 beta 2, que se describe como el responsable de los efectos de refuerzo de la nicotina, mediado por el recambio y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (denominado como centro de gratificación del cerebro).

La vareniclina tiene una doble función: por un lado, tiene una acción agonista, estimulando los receptores nicotínicos, dando lugar a un aumento de la dopamina y evitando los síntomas de abstinencia y; por otro lado, tiene una acción antagonista, bloqueando los receptores, compitiendo con la nicotina, disminuyendo su acción a nivel del Sistema Nervioso

Central (SNC) y por tanto los efectos placenteros asociados a ella. Reduce el deseo de fumar del paciente y los efectos de refuerzo positivo que se producen al fumar (Becerra, Cañón y Vivas, 2010).

En la actualización del 2015 a la revisión Cochrane de los agonistas parciales de los receptores de nicotina, los autores encontraron que la vareniclina aumenta las probabilidades de abandonar exitosamente el hábito de fumar entre dos y tres veces en comparación con el placebo. Aunado a esto en cinco de los ensayos analizados se demostró que la vareniclina aumento la probabilidad de abandonar el hábito más que el bupropión, mientras que en ocho ensayos en que compararon vareniclina con parches de nicotina se encontró un efecto beneficioso, moderado pero claro de la vareniclina, los ensayos de TSN que informaron esta comparación fueron escasos (nueve ensayos) (Cahill, Lindson-Hawley, Thomas, Fanshawe, & Lancaster, 2016).

Al igual que el resto de los tratamientos farmacológicos, la vareniclina debe iniciarse como parte de un tratamiento para la abstinencia, en el que el fumador se comprometa a dejar de fumar en una fecha determinada y recibir apoyo motivacional adicional (Morán, et al, 2011).

En un meta-análisis llevado a cabo por Mckee, Smith, Kaufman, Mazure, y Weinberger (2015), en el que buscaban determinar si existen diferencias de sexo en la eficacia de la vareniclina para dejar de fumar, se reportaron resultados que demostraban que dicho fármaco era más eficaz para las mujeres que para los hombres en resultados a corto y mediano plazo. En dicho reporte, las mujeres tratadas con placebo mostraron tasas más bajas de abstinencia, también se encontraron un número de factores por los cuales las mujeres tienen una tasa de abstinencia más pobre que los hombres como asociaciones más fuertes con trastornos psiquiátricos, aumento de síntomas de abstinencia, consumo de tabaco relacionado con el afecto negativo y el estrés, factores relacionados al ciclo menstrual y como técnica para el control de peso. En dicho estudio se concluye que el hábito de fumar está más fuertemente ligado al efecto negativo y estrés y la eficacia de la vareniclina puede deberse a que se dirige a controlar el afecto negativo, estrés y manejar el estado de ánimo.

2.2 Tratamientos cognitivo conductuales

La investigación acerca de la eficacia y la utilidad clínica de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar es amplia. Surge en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de la conducta. Con el paso de los años se han ido sofisticando estos tratamientos con la inclusión de otras técnicas conductuales cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas (Fernández, 2012).

Las intervenciones conductuales emplean una variedad de métodos para ayudar a los fumadores a romper con el hábito, que van desde materiales de autoayuda hasta la terapia cognitivo conductual individual. Estas intervenciones enseñan a las personas a reconocer situaciones de alto riesgo que incitan a fumar, a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, a manejar el estrés, a mejorar sus habilidades para resolver problemas, así como para incrementar el apoyo social. Las investigaciones han demostrado que mientras más se ajusta la terapia al caso de cada persona, mayor es la probabilidad de lograr el éxito (National Institute on Drug Abuse, 2011).

Las intervenciones conductuales se utilizan para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social asociada con el consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o de terapia individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, cuyo objetivo es la reestructuración cognoscitiva. En ella se destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Las técnicas de reestructuración cognoscitiva identifican y modifican las cogniciones desadaptativas del paciente. Se destaca el papel perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlo por otras cogniciones más adecuadas. La reestructuración cognoscitiva se integra mediante diferentes técnicas (asertividad, motivación, autorregistros), pero esencialmente se nutre de los marcos teóricos cognoscitivos personales. En estos marcos se toman en cuenta los procesos cognitivos (la atención, la percepción, la interpretación de los estímulos, etc.) que median entre los estímulos y las respuestas que se dan y que son los que desencadenan un comportamiento desadaptado. Esta técnica busca lograr que el paciente modifique las conductas observadas, y que se enfrente a sus percepciones y concepciones erróneas con el fin de lograr el cambio (Sansores, et al., 2010).

Partiendo del hecho de que hay diferencias en cada persona que pueden interferir en el tratamiento, consumo de tabaco y mantenimiento de consumo es importante mencionar aquellos factores que pueden estar relacionados con el consumo de tabaco.

3. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO.

El consumo de tabaco es una conducta individual que está condicionada por una multitud y combinación de factores tanto individuales como sociales, es decir que existen una serie de factores de riesgo (situaciones y/o características sociales, culturales e individuales), que a la par de un momento determinado incrementan las condiciones de vulnerabilidad de una persona ante el consumo de tabaco (Planchuelo y Sainz, 2007).

En diferentes investigaciones (Hyland, et al., 2006; Graham, 1999; Siahpush, Borland & Scollo 2003, citado en Puschel, Thompson, Olcay y Ferreccio, 2009) se han explicado factores asociados al inicio, mantenimiento y cese del consumo de tabaco, dichas investigaciones han demostrado que existe significativa variabilidad en el efecto de factores de tipo social, familiar y personal como predictores del consumo de tabaco en mujeres de diferentes poblaciones.

3.1 Factores sociodemográficos

Las variables sociodemográficas se consideran condicionantes del éxito del abandono del consumo de tabaco. Los resultados de su análisis no son homogéneos y están condicionados por distintos factores como las características de la muestra en la que se realiza el estudio o si las personas siguen o no un tratamiento para dejar de fumar (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002).

Entre los estudios que se han realizado se encuentra el planteado por Villena, Morena, Párraga, González, Soriano y López (2009) en estudiantes de primer año de Educación Secundaria Obligatoria, dicho estudio buscaba identificar factores asociados al consumo de tabaco utilizando cuestionarios auto aplicados, los autores encontraron que existía una asociación entre el hábito de fumar en la población y que algún amigo fume, el consumo de alcohol, una menor dedicación a la práctica deportiva de manera habitual, una mayor edad y el menor nivel de estudios alcanzados por el padre.

Además, el estudio de los factores relacionados con la conducta de fumar, ha llevado a investigaciones como la de Gómez, Barrueco, Maderuelo, Aparicio y Torrecilla (2008) los cuales realizaron un estudio longitudinal de tres años de duración en 417 estudiantes de 12 a

17 años de edad, utilizando un cuestionario que evalúa actitudes y creencias, influencias sociales, auto eficacia, intención de fumar en el futuro y conducta fumadora, los resultados del estudio demuestran que hay una clara relación entre la edad de los estudiantes, la actitud de los alumnos favorables a fumar, las normas sociales, la auto eficacia cuando están con amigos que fuman o ante situaciones que invitan a fumar, su intención de fumar en el futuro y la conducta percibida de los iguales.

La gravedad del consumo de tabaco en la población universitaria ha llevado a diversas investigaciones ya que la incidencia aumenta entre los 18 y 25 años, se observa que entre el 11% y el 14% de los estudiantes inician el consumo en los primeros años de universidad. En esta etapa también surgen patrones de consumo que pueden mantenerse a lo largo de la vida y que explican la vulnerabilidad de este grupo para el inicio y permanencia del patrón de consumo (Zuzulich, Cabieses, Pedrals, Contreras, Martínez, Muñoz y Espinoza, 2010).

En un estudio realizado por Zuzulich et al. (2010) se encontró que entre los factores que predicen el consumo de tabaco en estudiantes de educación superior se encuentra una asociación positiva entre la edad y el consumo de tabaco, es decir, que a mayor edad mayor es la probabilidad de consumo de tabaco durante el último año de vida, además de existir una asociación entre el sexo de los participantes, lo que nos dice que cuando los participantes pertenecían al sexo femenino era más probable su consumo durante el último año anterior al estudio, también encontraron que a mayor nivel socioeconómico mayor era el consumo de tabaco.

Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, en el 2006 realizaron un estudio cuyo objetivo era identificar el consumo de drogas legales e ilegales y factores psicosociales de riesgo y protección en universitarios para este estudio utilizaron una muestra de 763 estudiantes universitarios los cuales respondían a un cuestionario que identificaba el consumo de cuatro drogas ilegales, dos legales y 13 factores psicosociales, se encontró entre los factores relacionados al consumo de tabaco una baja percepción de las consecuencias negativas del tabaco a la salud del consumidor y de las personas que están alrededor, aunado a esto, el uso de sustancias adictivas se relaciona con actividades de ocio, diversión y eventos sociales en las cuales se encuentra la interacción con otras personas, únicamente el consumo de tabaco se presenta también cuando están solos.

De acuerdo al Primer informe de México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco en el 2005 las principales determinantes del consumo de tabaco entre las mujeres estuvieron asociadas con el grado de escolaridad. En este sentido, las estudiantes universitarias tenían 2.2% más riesgo de convertirse en fumadoras. De acuerdo con los datos de este informe las mujeres universitarias que fumaban tenían un nivel socioeconómico más alto y eran provenientes de áreas urbanas. Asimismo, en comparación con las mujeres que presentaban un elevado desempeño escolar, las que tuvieron promedios académicos más bajos incrementaron el riesgo de fumar 6.1 veces. El más alto riesgo se presentó en mujeres con una historia frecuente de intoxicaciones por alcohol. Por otra parte, las mujeres con el antecedente de consumo de drogas ilegales tuvieron riesgo de consumo de tabaco de 4.9 veces más. Por último, los resultados mostraron que otro factor determinante fue el antecedente de consumo de tabaco en ambos padres (Valdés-Salgado, Lazcano- Ponce y Hernández- Ávila, 2005).

Mientras que en los hombres se observó que los factores determinantes que antecedieron al consumo activo de tabaco fueron la ingesta moderada de alcohol y el uso frecuente de alguna droga ilegal. El bajo desempeño escolar, vivir en zonas urbanas y ser estudiante universitario se convirtieron en los principales factores asociados al riesgo de desarrollar el hábito de consumir tabaco.

Dentro de este informe también se puede observar que los hombres tienen un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco que las mujeres, y este riesgo aumenta entre la población más joven, o en poblaciones pertenecientes a un nivel socioeconómico más alto (Valdés, et al, 2005).

Más de la mitad de todos los fumadores quiere dejar de fumar, pero muchos tienen dificultades para lograr la abstinencia y la recaída es común, dado que además de los factores de tipo social y personal existen factores farmacológicos que dificultan el abandono del consumo de tabaco.

3.2 Factores Farmacológicos

En el humo de tabaco existen más de 7000 sustancias químicas, de las cuales la nicotina, descubierta a principios del siglo XIX, es el principal componente adictivo del tabaco y aunque existen diferentes formas de consumir tabaco el cigarro es el más utilizado.

El cigarro es un sistema de alta ingeniería con un diseño sumamente eficiente de suministro de droga. Al inhalar el humo de tabaco, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarro. Cuando se fuma el tabaco la nicotina llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro (Shafey, Ericksen, Ross y Mackay, 2009).

La nicotina es una droga adictiva que se absorbe fácilmente en el torrente sanguíneo al mascar, inhalar o fumar un producto de tabaco, una vez en el torrente sanguíneo, la nicotina inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales las que liberan la hormona adrenalina. La adrenalina estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca (NIDA, por sus siglas en inglés, 2015).

De importancia primordial con relación a su naturaleza adictiva están los hallazgos que indican que la nicotina activa los circuitos del cerebro que regulan los receptores de placer, también conocidas como vías de gratificación. Al igual que la cocaína, la heroína y la marihuana, la nicotina aumenta los niveles de dopamina y se cree que es la causa de las sensaciones placenteras que experimentan muchos fumadores (NIDA, 2011).

Después de consumir un cigarrillo, alrededor del 25% de nicotina llega al cerebro en los siguientes 8 a 10 segundos, es degradada vía metabolismo hepático y tiene una vida media de dos horas aproximadamente. Su principal mecanismo de acción se basa en la activación de receptores colinérgicos de tipo nicotínico, ubicados en diversas partes del sistema nervioso central y periférico, pero, sobre todo en el haz prosencefálico medial, que va desde el área tegmental ventral (ATV) a la corteza prefrontal, pasando por el núcleo accumbens. Estas vías son fundamentalmente dopaminérgicas y se conocen como Circuitos de Recompensa La nicotina también induce la liberación de otras sustancias, como adrenalina, serotonina, vasopresina, β -endorfinas, corticotropina (ACTH) y cortisol. La nicotina actúa como reforzador directo positivo, esto significa que su consumo aumenta la probabilidad de que

vuelva a ser consumido; en otras palabras, la conducta queda reforzada por sus consecuencias. Se sabe que la nicotina aumenta la concentración de dopamina extracelular en el núcleo accumbens estimulando los receptores nicotínicos (Pérez, Pérez & Fernández, 2007).

3.3 Nivel de dependencia

La dependencia se caracteriza por ser una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa el uso de una sustancia a pesar de significativos problemas relacionados con ésta, en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes (OMS, 2004).

Y aunque un porcentaje de las personas que fuman tiene dependencia a la nicotina, existen procesos de aprendizaje que condicionan la conducta de fumar de tal forma que la persona no es libre para decidir si fuma o no. Los deseos de consumir suelen ser habitualmente desencadenados por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que por condicionamiento se asocian al consumo. Estos estímulos pueden ser externos o internos y no están relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia. Entre las características principales de una dependencia se encuentra una administración repetida de la sustancia problema y el consumo por encima del deseado (Álvarez, Benito, Castillo, López y Viadero, 2007).

La *dependencia a la nicotina* es un trastorno de tipo biopsicosocial, en el que interactúan de manera compleja y profunda adaptaciones neurológicas con intensos condicionamientos o aprendizajes asociativos. Paralelo al impacto neuroquímico de la nicotina, ocurre un fenómeno absolutamente personal arraigado en las costumbres, actitudes, sentimientos, necesidades y emociones del fumador, que se van ligando de una manera profunda y compleja a cada acto de fumar.

La *dependencia física* se refiere a un estado de neuroadaptación producida por la administración repetida de una sustancia, que determina la necesidad de continuar con el consumo, para evitar el síndrome originado por su privación conocido como abstinencia. La nicotina es la principal sustancia responsable de la dependencia química al tabaco, es una sustancia psicoactiva que ejerce su efecto a nivel del sistema nervioso central y actúa como un reforzador positivo por su efecto psicoestimulante y relajante. El efecto estimulante se debe a

un aumento en la liberación de neurotransmisores, principalmente dopamina, en los sistemas de recompensa cerebrales, que están formados básicamente por el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens. Los receptores más abundantes en el sistema nervioso central, específicamente en el sistema de recompensa son los $\alpha_4 \beta_2$. Cuando la nicotina entra en contacto y ocupa estos receptores en el sistema de recompensa, se produce una descarga dopaminérgica que se traduce en una experiencia de placer y bienestar, lo cual se conoce como un refuerzo positivo, es decir, el fumador busca repetirla dada lo agradable de la experiencia (Sandi & Sandi, 2016).

De conformidad con el DSM IV, la dependencia de una sustancia es un patrón de adaptación al uso de la sustancia, lo que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas, manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios, que ocurran en cualquier momento durante un mismo periodo de 12 meses: tolerancia, abstinencia, con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades durante periodos más prolongados de lo que se deseaba, existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia, se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, en usar la sustancia o en recuperarse de sus efectos, se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes para el uso de la sustancia, se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (OMS, 2004).

3.4 Síntomas de abstinencia

De acuerdo al Manual Estadístico y Diagnóstico de enfermedades psiquiátricas (DSM-IV) el síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estados de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardiaca, aumento del apetito o aumento del peso. Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Lara, Ramírez, Sansores, Espinosa y Regalado, 2007).

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas y signos de naturaleza física y psicológica que aparecen como consecuencia de la interrupción, reducción o abandono del consumo del tabaco. Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia se pueden clasificar en cuatro categorías: a) síntomas: ansiedad, disforia, dificultad de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud b) signos: bradicardia y cambios en el encefalograma (EEG) c) síntomas y signos que pudieran ser debidos a la abstinencia pero cuya causalidad no ha sido totalmente validada: estreñimiento, tos, mareo, somnolencia y úlceras bucales d) síntomas y signos colaterales al consumo de tabaco pero que no son causadas por la abstinencia: incremento en los niveles plasmáticos de algunos medicamentos, incrementos en los niveles de monoaminooxidasa (MAO) y ganancia de peso (Jiménez, Cicero, Ruíz, Cristóbal, Mayayo, Mochales y Amor 2009).

El síndrome de abstinencia es la principal causa de recaída, sus síntomas comienzan a aparecer en las primeras doce horas después de iniciar la abstinencia y perduran hasta cuatro semanas, aunque algunos síntomas pueden prolongarse hasta más allá de doce meses.

Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en términos de abstinencia y dependencia a la nicotina, los comportamientos de las mujeres que consumen tabaco parecen estar más influenciadas por el estado de ánimo y el afecto negativo aunque los resultados de los estudios que se han realizado han sido controvertidos (Siquiera, et al., 2011).

3.5 Afecto positivo y negativo

El modelo teórico de la terapia cognitiva menciona que no son los acontecimientos en sí mismos los que determinan lo que las personas sienten y hacen, sino el modo en cómo estos lo interpretan. La asignación de significados es la actividad primaria del procesamiento de información y permite que las personas relacionen sus pensamientos con sus emociones y conductas (Clark y Beck, 1997, en López, Rondón, Altano y Cellerino, 2012).

La afectividad hace referencia al sistema emocional o sentimental de una persona en general, en ella se hace mención del estado de ánimo, las emociones, los sentimientos y los afectos (Vallejo-Ruiloba y Ballús-Pascual, 2006).

Se considera importante señalar que tanto el afecto negativo como el afecto positivo son igualmente importantes en un contexto evolutivo por su carácter universal y adaptativo ya que son experimentados por todos los seres humanos en diversas situaciones y los prepara para responder a las demandas de la situación (López, Rondón, Altano y Cellerino, 2012).

El afecto positivo y el afecto negativo han sido caracterizados como descriptivamente bipolares, pero afectivamente unipolares, para enfatizar que solamente el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto siendo el polo bajo de cada factor únicamente un reflejo de ausencia relativa de implicación afectiva. Estas dos dimensiones principales del afecto pueden ser válidamente conceptuadas como estados afectivos, o bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999).

El afecto negativo es definido por Watson, Clark y Tellegen en 1988 como una dimensión general de la angustia subjetiva y desagradable que abarca una variedad de estados de ánimo aversivos incluyendo la ira, desprecio, disgusto, culpa, miedo y nerviosismo (Perkins, Karelitz, Conklin, Sayette, & Giedgowd, 2010).

El afecto negativo se conceptualiza como un indicador de angustia emocional y puede incluir varias características del estado de ánimo, incluida la depresión (Schleicher, Harris, Catley & Nazir, 2009).

Dada la importancia que tiene el afecto negativo y el afecto positivo en la forma en que las personas afrontan las situaciones diarias es importante para el caso de los factores asociados al consumo de tabaco mencionar que los estados de afecto negativo, tales como la ansiedad y la depresión parecen estar relacionados con el aumento del consumo de tabaco. Por ejemplo, Moylan, Jacka, Pasco y Berk (2012) señalan que la ansiedad está relacionada con el consumo de tabaco diario y la dependencia a la nicotina.

En un estudio realizado por Wilkinson et al. (2014) en el que comparaban la ansiedad, la depresión y el consumo de tabaco entre adultos de origen mexicano, se encontró que las mujeres generalmente reportaban mayores niveles de ansiedad que los hombres, además de que la ansiedad y la depresión se asociaron con el consumo de tabaco entre las mujeres, mientras que sólo la ansiedad se asoció con el consumo de tabaco en hombres. Aunado a esto,

cuando las mujeres se abstienen de fumar, experimentan más afecto negativo en comparación con los hombres, dichos resultados sugieren que es importante adoptar programas para dejar de fumar por género.

En un estudio realizado por Morrell, Cohen y McChargue (2010) en el que investigaban si la depresión predecía el consumo de tabaco entre estudiantes universitarios investigando las diferencias de género, encontraron que el género puede ser un moderador importante dado que las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a la depresión, y las mujeres universitarias deprimidas exhiben mayores niveles de dependencia a la nicotina en comparación con sus homólogos masculinos. Las expectativas de que el consumo de tabaco reduce el impacto negativo pueden mediar en la relación entre la depresión y el consumo de tabaco, de manera que las estudiantes universitarias pueden ser más propensas a fumar porque esperan que alivie el estado de ánimo negativo.

Los resultados de los análisis de medición apoyan la hipótesis de que las expectativas que tienen los participantes con respecto a las propiedades reguladoras del afecto del consumo de tabaco explicaría la relación entre la vulnerabilidad de la depresión y fumar. Esta relación se moderó por género de modo que sólo se mantuvo significativa entre mujeres. Estos mismos resultados sugieren que una de las razones por las que las estudiantes universitarias con vulnerabilidad a la depresión fuman, es porque creen que el fumar aliviará los síntomas distintivos de la depresión. Las fumadoras con vulnerabilidad a la depresión eran más propensas a mantener expectativas de refuerzo negativo sobre el hábito de fumar y eran más propensas a fumar. Además reafirma que las expectativas de refuerzo negativo actúan como mediador entre la vulnerabilidad de la depresión y el consumo de tabaco entre mujeres pero no en varones.

Sumado a esto en relación con el hábito de fumar, hombres y mujeres presentan significativas diferencias. Figueira y de Vargas en el 2015 mencionan que las mujeres tienen mayor dificultad para dejar de fumar que los hombres porque el comportamiento de mujeres fumadoras está más influenciado por el estado de ánimo y el afecto negativo, mientras que en los hombres el comportamiento está más regulado por la respuesta farmacológica.

Existen varias diferencias de género que son importantes mencionar en la asociación del afecto negativo y el consumo de tabaco. Aunque el afecto negativo está asociado con el consumo de tabaco en mujeres y hombres, está más fuertemente ligado con el consumo de tabaco en mujeres (McKee et al., 2003 en Husky, Mazure, Palwal & Mckee, 2008) además las mujeres tienen mayores expectativas de que el consumo de tabaco reducirá el afecto negativo e informan que son más propensas a fumar en respuesta a la presencia de afecto negativo o estrés.

Todos los fumadores tienen expectativas de fumar que implican la creencia de que el consumo de tabaco producirá consecuencias negativas deseadas o no deseadas, como la creencia de que el consumo de tabaco mejorará el estado de ánimo, será más sociable, controlará el peso o dañará la salud. Sin embargo, lejos de ser un epifenómeno inofensivo de la dependencia, las expectativas pueden influir en el comportamiento de búsqueda de fármacos porque la deseabilidad del resultado influye en la probabilidad de involucrarse con el comportamiento asociado con el resultado. De tal importancia son las expectativas de que la nicotina producirá deseables consecuencias emocionales, en particular la reducción del afecto negativo, dado que se ha encontrado que el afecto negativo es un contribuyente significativo a los intentos de cesación de fumar (Robinson, Lam, Carter, Wetter & Cinciripini, 2012).

En comparación con los hombres, las mujeres reportan menores niveles de motivación y confianza y mayor dificultad percibida para el cese de consumo de tabaco. Las mujeres también reportan mayores niveles de expectativas de refuerzo negativo en pre-cesación y post tratamiento y expectativas de control de peso, las cuales están relacionadas significativamente con el logro de la abstinencia. Además, las mujeres presentan niveles más altos de depresión en el pre tratamiento y mayor dependencia al consumo de tabaco para aliviar los síntomas de depresión, estado de ánimo negativo y estrés (Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss & Garvy, 2002 en Schnoll, Patterson & Lerman, 2007).

Las diferencias de género en los dominios particulares del periodo en que sucede la cesación de consumo de tabaco, pueden mediar las relaciones entre el género y el comportamiento de fumar, como la capacidad de dejar de fumar. Los incrementos inducidos por la abstinencia en el deseo de fumar con fines de refuerzo negativo median el efecto del género en el tiempo del primer cigarrillo del día. Es posible que la angustia y el deseo de

contrarrestar los síntomas desagradables inmediatamente después de dejar de fumar pueda explicar en partes las diferencias de género observadas en el abandono del hábito de fumar (Regueira, Suárez-Lugo y Jakimczuk, 2010).

El reforzamiento negativo a través de la reducción del afecto negativo relacionado con el consumo de tabaco puede ser un factor importante en el mantenimiento del comportamiento de fumar en mujeres frente a los hombres. Las expectativas de resultado de refuerzo negativo en el consumo de tabaco son manifestaciones cognitivas importantes de la motivación de fumar. Las esperanzas de refuerzo negativo están asociadas con una mayor dependencia a la nicotina y el aumento del consumo de tabaco, la motivación para dejar de fumar y se ha demostrado que predice la recaída. Los resultados son consistentes con los informes en que las mujeres expresan mayores expectativas de refuerzo negativo y con la idea de que el refuerzo negativo y la reducción del afecto negativo pueden ser un importante factor motivacional que condiciona el hábito de fumar en mujeres (Pang, Zvolensky, Schmidt & Leventhal, 2015).

Los datos presentados anteriormente nos muestra el grave impacto que tiene sobre la salud y la economía el consumo de tabaco especialmente en mujeres, estas a pesar de tener mayores reportes de intentos para dejar de fumar tienen menos éxito en comparación con los hombres. Por esta razón analizar los factores particulares de género es importante, ya que se ha observado que en mujeres los resultados de los tratamientos farmacológicos son mixtos y los estudios sugieren que consumo de tabaco puede estar más relacionado con el control del afecto negativo. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco y la prevalencia de mujeres que consumen tabaco se ha incrementado de manera importante y también es en la etapa universitaria en la que los patrones de consumo se consolidan.

4. Objetivo general.

Evaluar la asociación que existe entre el nivel de afecto negativo y el patrón de consumo de cigarros después de una Intervención Breve Motivacional para dejar de fumar en mujeres universitarias.

4.1 Objetivos específicos

Identificar si existen diferencias significativas entre el patrón de consumo inicial y el patrón de consumo final.

Identificar si existe relación entre el nivel de afecto negativo de la última semana anterior a la evaluación inicial y el patrón de consumo inicial.

Identificar si existe relación entre el nivel de afecto negativo general de la evaluación inicial y el patrón de consumo inicial.

5. Método.

Participantes

Se trabajó con 15 mujeres universitarias que fumaban diariamente en promedio 5 cigarrillos con edades de entre 18 a 28 años de edad.

Criterios de inclusión. Las estudiantes debían estar interesadas en dejar de fumar en un periodo próximo, no haber tenido un periodo de abstinencia mayor a 3 meses y que al momento de la investigación estuvieran inscritas en algún semestre de la universidad.

Criterios de exclusión. Las estudiantes no debían tener antecedentes de cualquier tipo de cáncer, consumir los siguientes medicamentos: antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, esteroides o insulina, estar asistiendo a otro tratamiento para dejar de fumar o algún tratamiento psicológico, presentar dependencia a otras drogas (marihuana, cocaína, inhalables, etc.) No ser estudiantes universitarias.

5.1 Instrumentos

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991; Adaptado por Lira-Mandujano, 2002) que permite conocer si el fumador tiene dependencia baja, media o alta a la nicotina. Una puntuación de seis o más indica una dependencia alta, de lo contrario la dependencia es media o baja.

Formato de Consentimiento. Su objetivo es explicar las características de la Intervención (número de sesiones, duración, entre otras) e informarle al usuario acerca de la Intervención y que esté de acuerdo con el tratamiento (Lira-Mandujano, 2002).

Cuestionario de afecto positivo y negativo PANAS (Positive and negative affect schedule, Watson et al., 1988): el cuestionario incluye 20 ítems, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo y 10 a la subescala de afecto negativo (Adaptado por Páez y Robles, 2003)

Entrevista inicial. El objetivo es obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de alcohol y drogas (Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998).

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS). El objetivo es obtener una medida que es sensible al grado de confianza del usuario en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo o con el consumo en exceso. El usuario debe señalar en un rango de 0 por ciento (Inseguro) a 100 por ciento (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de fumar (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Escala de estados de disposición al cambio y al anhelo de tratamiento (SOCRATES 8D). Con este instrumento se evalúa la disposición al cambio, en función de tres indicadores: Reconocimiento, Ambivalencia y Acción (Miller, 1999 validado por Cuevas, Luna, Vital y Lira, 2005).

Línea base retrospectiva (LIBARE; Sobell, et al., 1980 adaptado por Lira, 2002). A través de este instrumento, se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de uso y de cigarrillos consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, de bajo y excesivo consumo en los últimos 30 días.

Inventario de Ansiedad de Beck: BDI. Fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en una persona. El inventario es auto aplicable y consta de 21 reactivos cuyo objetivo es medir los síntomas de ansiedad en personas mayores de 13 años, centrándose en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, el rango de la escala es de 0 a 63 (Versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Inventario de Depresión de Beck: BAI. Fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta una persona. El inventario es auto aplicable y consta de 21 reactivos, que tienen como objetivo identificar y medir la gravedad de los síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años (Jurado, et al., 1998).

5.2 Materiales

Hoja de registro de consumo de cigarrillos. El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarrillos, señalando las situaciones de consumo y la hora de consumo de cada cigarrillo (Abrams, et al., 2003 adaptada por Lira, 2005).

Hoja de registro de síntomas de abstinencia: El objetivo de este registro es que el usuario señale si durante el día se presentó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad en una escala que va de nada a severamente (nada, un poco, ligeramente, moderadamente, severamente) (Abrams, et al., 2003 adaptada por Lira, 2005)

Folleto N° 1 PRIMER PASO. Tomar la decisión de dejar de fumar. En este material, se proporciona al usuario información general sobre las consecuencias del consumo de tabaco a través de preguntas y respuestas generales y sobre los beneficios de disminuir el consumo de tabaco, además se presentan una serie de ejercicios que tienen como propósito el análisis de su consumo y el incremento de la motivación para el cambio (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala, 2012).

Folleto N° 2 SEGUNDO PASO. Identificación de mis situaciones relacionadas con fumar. Al utilizar este folleto, el usuario identificará situaciones en las que consume cigarros con mayor frecuencia, así como las consecuencias de su consumo a corto y largo plazo (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala, 2012).

Folleto N° 3 TERCER PASO. Mi plan de acción para dejar de fumar. Al utilizar este folleto, el usuario planteará alternativas para poder cumplir con la meta establecida (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala, 2012).

5.3 Procedimiento

Para la captación de las posibles usuarias se hizo difusión de la investigación en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Las interesadas tuvieron una primera cita de admisión en la que se realizó una entrevista sobre la historia del consumo de tabaco. En esta sesión se aplicó el consentimiento informado en el que se explica claramente las características de la investigación y se les pidió su consentimiento firmado para participar en la investigación. Además se aplicó el test Fagerström y se entregó el resultado obtenido del nivel de dependencia. Si cumplían con los criterios de inclusión se programaba una cita para la evaluación inicial.

En la sesión de evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos: entrevista inicial, Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), Cuestionario de afecto positivo y

negativo PANAS, Escala de estados de disposición al cambio y al anhelo de tratamiento (SOCRATES 8D), Línea base retrospectiva (LIBARE), Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck, al finalizar la sesión se le entregaba a las usuarias el Folleto N° 1. Primer paso, un autoregistro con hoja de registro de consumo de tabaco y síntomas de abstinencia y se programaba la siguiente sesión para una semana después.

Se realizaron 4 sesiones de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF) (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala, 2012), en la primera sesión se entregaron los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación y se hizo retroalimentación, después se revisó el autoregistro de consumo y síntomas de abstinencia. Se revisó junto con las usuarias el Folleto n° 1, resolviendo dudas y haciendo énfasis en la información que a las usuarias les pareciera más relevante, al finalizar la sesión las usuarias realizaban un balance decisional, anotando las principales razones para dejar de fumar, la usuaria tenía dos opciones para dejar de fumar: reducción gradual o abstinencia, dependiendo de su decisión se establecía una meta para la siguiente sesión. Al finalizar la sesión eran entregados un autoregistro y el Folleto N° 2. Segundo paso.

En la segunda sesión de intervención se tenía por objetivo que la usuaria identificara las situaciones que hacían más probable su consumo de tabaco, ayudada por lo revisado en el Folleto n° 2 la usuaria identificaba los antecedentes y las consecuencias de su consumo, se revisaba también el autoregistro para observar si se había cumplido la meta establecida y si se habían presentado síntomas de abstinencia. Al finalizar la sesión eran entregados un autoregistro y el Folleto N° 3. Tercer paso.

La tercera sesión se desarrollaba buscando cuales eran las principales barreras a las que se enfrentan las usuarias al mantener su meta y las estrategias que empleaba para lograrlo. Se revisaba el plan de acción que había desarrollado para mantenerse sin fumar.

Se realizó una evaluación final en la que se aplicaron los siguientes instrumentos: Test de Fagerström de dependencia a la nicotina, Cuestionario Breve de Confianza Situacional, SOCRATES 8D, Inventario PANAS., Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck.

6. Resultados.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación que existe entre el nivel de afecto negativo y el patrón de consumo de cigarros después de una intervención Breve Motivacional para dejar de (IBMF; Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala-Velázquez 2012) en mujeres universitarias, por lo que los resultados se dividirán en tres apartados, en el primero se presentarán los datos descriptivos de la muestra, en la segunda parte se reportarán los resultados del objetivo general y en el tercero se describirán los resultados de los objetivos particulares.

La muestra estuvo conformada por 15 mujeres universitarias pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM la media de edad de las participantes fue de 21.6 años (ver Tabla 1).

La media de la edad en que las usuarias empezaron a consumir tabaco fue de 15.1 años, la edad mínima en que se inició el consumo fue de 8 años con un 6% y el 90% de las usuarias que acudieron a tratamiento empezó su consumo en edades que oscilaban entre los 12 y los 18 años. El 73.3% de las usuarias informó que al momento de la entrevista inicial vivían con al menos una persona que consumía tabaco (ver tabla 1).

Respecto a los intentos anteriores para dejar de fumar el 20% de las usuarias no reportó haber hecho ningún intento por suprimir su consumo. El 80% de las usuarias había hecho entre 1 y 4 intentos serios para dejar de fumar (ver Tabla 1).

Con relación al número de años que las usuarias tenían consumiendo tabaco de forma regular, el 40% de las participantes había mantenido su consumo durante los últimos 4 años, y el 6.7% había consumido de forma regular durante los últimos 8 años (ver Tabla 1).

Las universitarias que asistieron al tratamiento breve motivacional se dedicaban en su mayoría a ser estudiantes de tiempo completo, únicamente el 13.3% de la muestra reportó tener un trabajo de medio tiempo además de estudiar (ver Tabla 1).

Finalmente, en cuanto a la percepción que tenían de su consumo de tabaco, las universitarias reportaron que para ellas su consumo era un pequeño problema con el 60%, un problema menor con 33.3% y un problema mayor con 6.7% (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Datos socio demográficos de la muestra.*

Variable	Categoría	%	Frecuencia
Edad	19-21	46.7	7
	22-24	46.7	7
	28-30	6.7	1
Ocupación	Sólo estudiante	86.7	13
	Estudiante y trabajo medio tiempo	13.3	2
Edad de inicio de consumo de tabaco	8-12	13.4	2
	13-17	60	9
	18-22	26.7	4
Años de fumar frecuentemente	1-3	33.3	5
	4-6	60	9
	7-9	6.7	1
Vive con fumadores	Sí	73.3	11
	No	26.7	4
Intentos previos para dejar de fumar	0	20	3
	1	33.3	5
	2	26.7	4
	3	20	3
Percepción de su consumo de tabaco	Un pequeño problema	60	9
	Un problema menor	33.3	5
	Un problema mayor	6.7	1

En la segunda parte, se describirán los resultados obtenidos de las pruebas empleadas para saber si existe correlación entre el nivel de afecto negativo de la evaluación inicial y el patrón de consumo de cigarrillos al finalizar la IBMF en mujeres universitarias para cumplir con el objetivo general, la primera prueba que se aplicó fue el coeficiente de correlación de Spearman.

Para conocer el nivel de afecto negativo se utilizó el cuestionario de afecto positivo y negativo PANAS (Positive and negative affect Schedule, Watson et al., 1988) el cual está dividido en dos secciones, una, evalúa el nivel de afecto positivo y negativo de la última semana antes de la evaluación y la segunda parte evalúa el nivel de afecto positivo y negativo de manera general. Para apegarse a los objetivos planteados en la presente investigación, solo se consideraron los datos obtenidos sobre afecto negativo.

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman entre el nivel de afecto negativo de la última semana anterior a la evaluación inicial y el patrón de consumo de cigarros al finalizar la IBMF, se encontró que había una relación lineal, estadísticamente significativa, moderada entre ambas variables ($r_s = 0.531$, $p = 0.042$) (ver Figura 1).

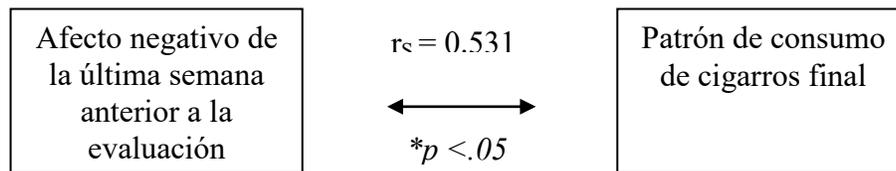


Figura 1. Correlación entre afecto negativo de la última semana antes de la evaluación y el patrón de consumo de cigarros final.

Se encontró que no había relación entre el nivel de afecto negativo general inicial y el patrón de consumo de cigarros final ($r_s = 0.014$, $p = 0.960$) (Ver Figura 2)

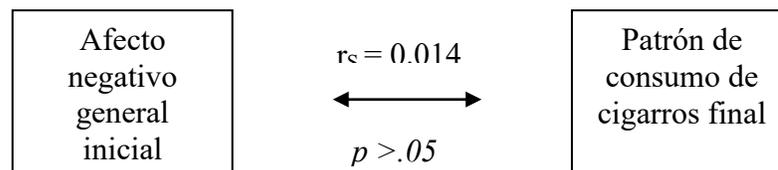


Figura 2. Relación entre el Nivel de afecto negativo general y el porcentaje de consumo final.

En la tercera sección se exponen los resultados obtenidos para cumplir con los objetivos particulares de la presente investigación.

Para medir el primer objetivo particular que fue identificar si existen diferencias significativas entre el patrón de consumo inicial y el patrón de consumo final se aplicó una

prueba de Wilcoxon para comparar el patrón de consumo inicial y el patrón de consumo al finalizar el tratamiento y se encontró que había diferencias entre el patrón de consumo al inicio de la IBMF y el patrón de consumo de cigarros final ($z = -3.408, p < 0.001$) (Figura 3)

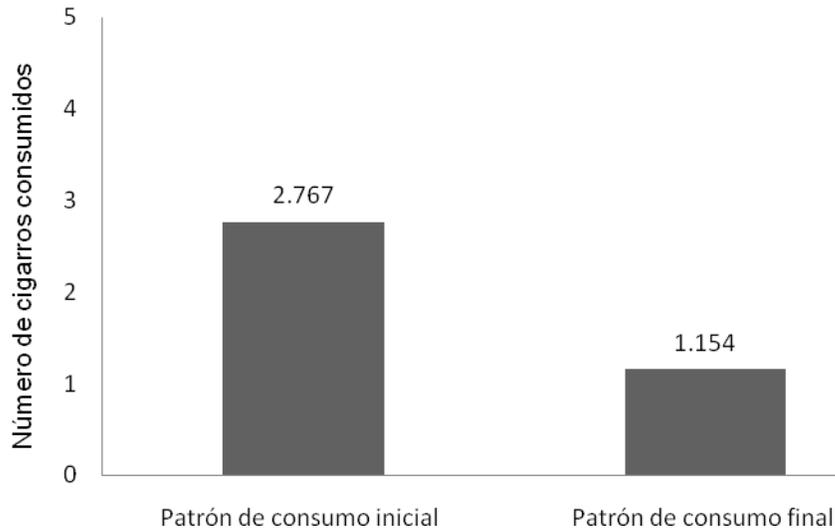


Figura 3. Media de Patrón de consumo inicial y final.

También se buscó observar si había relación entre el nivel de afecto negativo de la última semana antes de la evaluación inicial y el patrón de consumo de cigarros inicial, al aplicar la prueba de coeficiente de correlación de Spearman no se encontró relación entre ambas variables ($r_s = 0.245, p = 0.297$) (Ver figura 4).

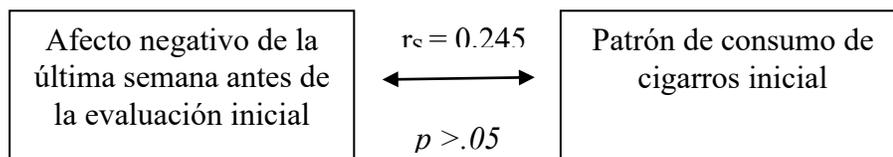


Figura 4. Relación entre el nivel de afecto negativo de la última semana inicial y el patrón de consumo de cigarros inicial.

Los mismos resultados se encontraron al relacionar el nivel de afecto negativo general inicial y el patrón de consumo de cigarros inicial ($r_s = 0.120, p = .0.614$) (Ver figura 5).

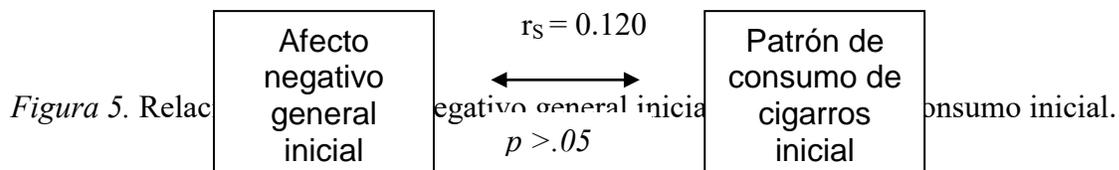


Figura 5. Relación entre el nivel de afecto negativo general inicial y el patrón de consumo de cigarros inicial.

7. Discusión.

El objetivo de la presente investigación era saber si existe correlación entre el nivel de afecto negativo y el patrón de consumo de cigarros final de mujeres universitarias, para cumplir con dicho objetivo se aplicó la IBMF para dejar de fumar a una muestra de 15 estudiantes universitarias a las que, en la sesión de evaluación inicial y en la evaluación final se les aplicó el cuestionario PANAS (Positive and negative affect Schedule, Watson et al., 1988) en los apartados de la última semana y generalmente para conocer los niveles de afecto negativo que presentaban e identificar si estos influían en el porcentaje de consumo final.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que existe una asociación significativa entre el nivel de afecto negativo inicial y el patrón de consumo de cigarros final solamente en los resultados obtenidos por la sección del cuestionario PANAS en que se evalúan los sentimientos presentados en la última semana a su aplicación. Estos resultados concuerdan con los encontrados por otros autores en los que se sugiere que las mujeres tienen mayor dificultad para dejar de fumar que los hombres porque su comportamiento está más influenciado por el estado de ánimo pero particularmente por el afecto negativo (Figueira & de Vargas, 2015; McKee et al., 2003 en Husky, Mazure, Palwal & McKee, 2008; Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss & Garvy, 2002 en Schnoll, Patterson & Lerman, 2007). Al analizar los resultados se puede observar que las mujeres que presentaban niveles mayores de afecto negativo en la última semana anterior a la aplicación de la evaluación inicial tenían porcentajes de consumo final de tabaco más altos en comparación con las mujeres que presentaban niveles más bajos de afecto negativo.

Es por eso que se sugiere que las mujeres que consumen tabaco se ven más beneficiadas por las intervenciones con estrategias cognitivo-conductuales para modificar la percepción que se tiene sobre las barreras existentes al momento del abandono del hábito de fumar, estas estrategias deben enfocarse en el manejo del afecto negativo y de las situaciones de ansiedad que pueden llevar a las usuarias a su antiguo consumo de tabaco, como lo demuestran Gregor, Zvolensky, McLeish, Bernstein y Morissette (2007).

Sin embargo, al observar los datos referentes al nivel de afecto negativo general evaluado al inicio de la intervención y el promedio de consumo final de las usuarias que

participaron en esta investigación no se encontró relación entre ambas variables, estos resultados pueden concordar con lo dicho por Siquiera et al., en el 2011 quienes mencionan que si bien existen diferencias entre hombres y mujeres en la abstinencia de consumo de tabaco y aunque los comportamientos de las mujeres que consumen tabaco parecen estar más influenciadas por el estado de ánimo y el afecto negativo los resultados que se han obtenido han sido controvertidos.

Las usuarias mostraron cambios en el patrón de consumo de cigarros inicial y el patrón de consumo de cigarros final, dichos cambios fueron estadísticamente significativos, lo que significa que las mujeres universitarias que asistieron a la intervención breve motivacional para dejar de fumar (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala-Velázquez, 2012) presentaron una disminución en el porcentaje de cigarros consumidos al final de la intervención pero no en todos los casos se alcanzó la abstinencia del consumo de cigarros, estos resultados muestran que la terapia cognitivo – conductual es eficaz para disminuir el consumo de tabaco y entre los motivos que pueden explicar su éxito está que se enseña a las personas a reconocer situaciones, personas, estado de ánimo y la combinación de ellas, que disparan el consumo de cigarro, a desarrollar estrategias de afrontamiento para no volver a consumir tabaco frente a los disparadores identificados, y mejorar sus habilidades para resolver problemas (National Institute on Drug Abuse, 2011), especialmente en mujeres el consumo de tabaco se ha asociado más a la regulación del afecto negativo que a la dependencia farmacológica por lo cual diseñar o adaptar programas con técnicas para reducir el consumo de tabaco enfocado a las características de esta población podría permitir resultados más satisfactorios.

Los resultados obtenidos en algunos estudios (Wilkinson et al., 2014; Morrell, Cohen y McChargue, 2010) indican que las mujeres que se abstienen de fumar experimentan niveles más altos de afecto negativo al momento de la abstinencia pero en los datos obtenidos en la presente investigación se encontró que no existen diferencias entre el nivel de afecto negativo de la última semana antes de la evaluación inicial y general al iniciar la IBMF (Lira-Mandujano, Cruz-Morales, y Ayala-Velázquez, 2012) y el nivel de afecto negativo al finalizarlo, los resultados mencionan que la mayoría de las mujeres presentaban niveles moderados de afecto negativo al inicio y al final del tratamiento, no se mostró un aumento que resulte significativo.

Las mujeres universitarias que participaron en esta investigación tenían una media de edad de 21 años, edad ubicada en el rango de 18 a 25 años en la que se ha reportado que la incidencia de consumo de tabaco aumenta y en esta etapa también surgen patrones de consumo que pueden mantenerse a lo largo de la vida, lo que explicaría la insistencia en entender que factores influyen en el inicio y permanencia en el consumo de tabaco (Zuzulich et al., 2010).

Los datos epidemiológicos recolectados para la presente investigación (Pichon-Riviere, et al., 2013) muestran que el consumo en mujeres ha aumentado y que la edad de inicio ha disminuido, en los resultados sociodemográficos podemos observar que en promedio las usuarias que asistieron a tratamiento reportaron haber tenido una edad de inicio de 15 años, en la muestra utilizada para ésta investigación algunas de las usuarias lograron la abstinencia de consumo de tabaco y en otras solamente se logro la disminución de su consumo, identificar los factores que median estos resultados es importante para prevenir posibles riesgos a la salud que se pueden desarrollar por un consumo prolongado de tabaco.

La presente investigación permite mostrar que los niveles de afecto negativo están relacionados con el promedio de consumo final de las usuarias que acudieron a Intervención Breve Motivacional para Fumadores, la información recaba menciona que los altos niveles de afecto negativo pueden interferir en el patrón de consumo de cigarros final, en las mujeres universitarias que asistieron a IBMF se encontraron niveles moderados de afecto negativo, que al relacionarlo con el promedio de consumo final se encontró que sí hubo un reducción del consumo pero un gran porcentaje de las usuarias no logró la abstinencia.

Los resultados indican que si bien el afecto negativo influye en la reducción y abstinencia del consumo de tabaco, esta relación es moderada, estos datos permiten sugerir que para futuras investigaciones se incluyan muestras más grandes de mujeres fumadoras y de un patrón de consumo más elevado, así como la incorporación de la evaluación del afecto negativo sesión por sesión para así identificar si en algún momento de la intervención se observan resultados que sean más significativos.

La presente investigación se encontró con problemas al momento de la aplicación de pruebas paramétricas por el tamaño y características de la muestra. También se encontraron

dificultades para obtener la muestra de estudiantes ya que si bien la población fumadora de mujeres universitarias de la Facultad de estudios superiores de Iztacala es grande, la mayoría de ellas no está interesada en dejar de fumar, entre las dos razones principales que se mencionan están el sentirse cómoda con su consumo actual y la percepción de que el cigarro no tiene consecuencias en la salud.

8. REFERENCIAS.

- Abrams, D.B., Niaura, R. S., Brown, R., Emmons, K., Goldstein, M. G. & Mond, P. (2003). *The Tobacco Dependence. Treatment Handbook: A Guide to Best Practices*.USA: Guilford Publications.
- Álvarez, S., Benito, B., del Castillo, E., López., M. y Viadero, L. (2007). Formación en tabaquismo para personal educativo. España: Gobierno de Cantabria, Conserjería de sanidad.
- Ayala, V.H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de Auto Ayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México: Porrúa. UNAM.
- Becerra, N., Cañón, M. y Vivas, J. (2010). Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. *Universidad Médica de Bogotá*, 51(2), 167-183.
- Bello, S., Flores, A. y Bello, M. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo.*Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 24(2), 127-137.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200007.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. (2007). Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *Cochrane database of systematics reviews*. Issue 1 Art No CD006103.
- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K., Fanshawe, R. & Lancaster, T. (2016). Agonistas Parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 5. Art. No.; CD006103. DOI; 10, 1002/14651858.CD006103.
- Comisión Nacional contra las adicciones. (CONADIC) (2011). Programa contra el tabaquismo: Actualización 2011-2012. México: Secretaría de Salud.

- Cuevas, E. Luna, G. Vital, G. y Lira, J. (2005, septiembre). Validez Interna de la Escala de las Etapas de Disposicional Cambio y Anhelos de tratamiento (SOCRATES 8D). Presentado en el XVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. San Luis Potosí, México.
- Eissenberg, T. (2004). Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction*, 99(Suppl. 1), 5-29. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00735.x.
- Ericksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Islami, M., Gomeshtapeh, F. & Drope, J. (2015). The Tobacco Atlas. Fifth Edition. Atlanta, USA. American Cancer society.
- Fernández, I. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual, los parches de nicotina y su combinación para dejar de fumar. (Tesis de Doctorado) Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Figueira, C. & de Vargas, D. (2015). Profiles of woman who carried out smoking cessation treatment: a systematic review. *Revista Saúde Pública*, 49(40). DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005783
- Gómez, G., Barrueco, M., Maderuelo, A., Aparicio, i. y Torrecilla, M. (2008). Factores predictores de la conducta fumadora en alumnos de enseñanza secundaria. *Anales de Pediatría*, 68(5), 454-461. Recuperado de <http://www.analesdepediatría.org> el 20/03/2017
- González- Roldán, F. J. (2015). Tabaco: avances y necesidades de información. En: Medina-Mora, M. E. T. (Coordinadora). Hacia dónde va la ciencia en México. Salud Mental y adicciones. México: CONACyT. Academia Mexicana de Ciencias. Consejo Consultivo de Ciencias Presidenciales de la República.
- Gregor, K., Zvolensky, M., McLeish, A., Bernstein, A. & Morissette, S. (2007). Anxiety sensitivity and perceived control over anxiety-related events: Associations with smoking outcome expectancies and perceived cessation barriers among daily smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(4), 627-635. DOI: 10.1080/14622200801978706

- Haglund, M. (2010). La mujer y el tabaco: atracción fatal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 88:563-563.
- Heartherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R., & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119- 1127.
- Henningfield, J E. (1995). Nicotine medications for smoking cessation. *New England Medicine*, 333: 1196-203.
- Hughes J.R., Stead, F. & Lancaster T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
- Husky, M. M., Mazure, C. M., Paliwal, P., & McKee, S. A. (2008). Gender differences in the comorbidity of smoking behavior and major depression. *Drug and alcohol dependence*, 93(1), 176-179. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.015.
- Jiménez, C., Cicero, A., Ruíz, J., Cristóbal, M., Mayayo, M., Mochales, J. y Amor, N. (2009). Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. La asistencia clínica en el tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 45(11), 540-544. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.06.007
- Kuri, P. A., González-Roldán, J. F., Hoy, M. J. y Cortés, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48(supl. 1), s91- s98.
- Lara- Rivas, G., Ramírez- Venegas, A., Sansores- Mantínez, R., Espinosa, A. y Regalado, J. (2007). Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Pública México*; 49(supl. 2), 257-262.
- Leventhal, M. A., Boyd, S., Moolchan, T. E., Waters, J. A., Lerman, C. & Pickworth, W. (2007). Gender Differences in Acute Tobacco Withdrawal: Effects on subjective, Cognitive and Physiological Measures. *Experimental and clinical Psychopharmacology*, 15 (suppl. 1), 21-26.

- Lira-Mandujano, J., Cruz-Morales, S. y Ayala-Velázquez, H. (2012). Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF) México. Secretaría de Salud.
- Lira-Mandujano, J. (2002). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para la Adicción a la Nicotina. Tesis de Maestría. ENEP- Iztacala, UNAM.
- López, A., Rondón, J., Altano, S. y Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptativos y afectividad positiva y negativa. *Ciencias Psicológicas*, 6(2), 149-173. Recuperado en 22 de marzo de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212012000200005&lng=es&tlng=es.
- Mckee, S., Smith, P., Kaufman, M., Mazure, C. & Weinberger, A. (2015). Sex differences in varenicline efficacy for smoking cessation: a meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 1002-11. doi: 10.1093/ntr/ntv207.
- Moiso, A., Mestorino, M. y Ojea, O. (2007). Fundamentos de salud pública. Capítulo 10 Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. Argentina: Universidad Nacional de la Plata (EDULP). Primera parte.
- Morán, A., Trillo, C., Espigares, M., Panero, P., Gallego, A., Mesas, A., Vivar, F., Guerrero, J. & Solís, M. (2011). Tabaquismo. Abordaje en atención Primaria. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Adhara.
- Morrell, H. E., Cohen, L. M., & McChargue, D. E. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and negative reinforcement expectancies as contributing factors. *Addictive behaviors*, 35(6), 607-611. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.02.011
- Moylan, S., Jacka, F.N., Pasco J.A. & Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: A systematic review of population-based, epidemiological studies. *Bio Medical Central Medicine*, 10(1), 123-133.

- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2011). Serie de Reportes de Investigación. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 11-4342.
- NIDA (2015). Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco. Retrieved 18 de enero del 2017, from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-cigarrillos-y-otros-productos-que-contienen-tabaco>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza. Servicio de Producción de documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Tabaco. Nota descriptiva n° 339. Centro de prensa. Consultado el 1 de octubre de 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Tabaco. Nota descriptiva, Mayo de 2017. Centro de prensa. Consultado el 20 de julio de 2017 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Pang, R. D., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., & Leventhal, A. M. (2015). Gender differences in negative reinforcement smoking expectancies. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(6), 750-754. DOI: 10.1093/ntr/ntu226.
- Pérez, N., Pérez, H. y Fernández, E. (2007). Nicotina y adicción: Un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1), Recuperado en 3 de septiembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es&tlng=es.
- Perkins, K. A., Karelitz, J. L., Conklin, C. A., Sayette, M. A., & Giedgowd, G. E. (2010). Acute negative affect relief from smoking depends on the affect situation and measure but not on nicotine. *Biological psychiatry*, 67(8), 707-714. doi:10.1016/j.biopsych.2009.12.017

- Planchuelos, M. y Sainz, M. (2007) Prevención y educación para la salud según género. En: Nerín de la Puerta, I. y Jane-Checa, M. (Coordinadores). Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco. España: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pichon- Riviere, A., Reynales- Shigematsu, L., Bardach, A., Caporale, J., Augustovski, F., Acaraz, A., Caccavo, F., Sáenz de Miera, B., Muñós- Hernández, J., Gallegos- Rivero, V., Hernández-San Román, E. (2013). Carga de Enfermedad Atribuible al tabaquismo en México. Documento Técnico IECS N° 10. Instituto de efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina, agosto de 2013 (www.iecs.org.ar)
- Pont- Martínez, P. (2007). Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo. En: Nerín de la Puerta, I. y Jane-Checa, M. (coordinadores). Libro Blanco Sobre Mujeres y Tabaco. España: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y ministerio de Sanidad y Consumo.
- Puschel, K., Thompson, B., Olcay, F. y Ferreccio, C. (2009). Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento. *Revista médica de Chile*, 137(8), 1001-1009.
- Quesada, M., Carreras, J.M., y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.
- Regalado, J., Lara, G., Osio, J. y Ramírez, A. (2007). Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud pública México*, 49(Supl. 2), s270- s279. Recuperado en 19 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000800018&lng=es&tlng=es.
- Regueira, G., Suárez-Lugo, N. y Jakimczuk, S. (2010). Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(Supl, 2), 315-320.
- Reynales- Shigematsu, et al. (2006). Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 48(Supl.1), s48-s64.

- Reynales- Shigematsu, LM., Guerrero-López, CM, Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez, JA., Medina-Mora, ME., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, MM, Mendoza- Alvarado, LR, Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, JP., Castro-Tinoco, M, Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V.(2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de tabaco. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.
- Robinson, J. D., Lam, C. Y., Carter, B. L., Wetter, D. W., & Cinciripini, P. M. (2012). Negative reinforcement smoking outcome expectancies are associated with affective response to acute nicotine administration and abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 120(1), 196-201.
- Sandi, S. & Sandi, L. (2016) Dependencia al Tabaco y su Tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 1(Supl. 1), s11-s24.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. y Valiente, M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sansores, R., Ramírez, A., Pérez, P., Regalado, J., Guisa, V., Quintanilla, J., Lovaco, M., Torres, S., Ponciano, G., y Morales, A. (2010). Terapias y tratamientos contra el tabaquismo disponibles en México. Parte VIII. Programas de cesación y opciones para dejar de fumar. Convenio Marco para el Control de Tabaco. México. pp. 235-248.
- Schleicher, H., Harris, K., Catley, D. & Nazir, N. (2009). The role of depression and negative affect regulation expectancies in tobacco smoking among college students. *Journal of American College Health*, 57(5), 507-512. DOI:10.3200/jach.57.5.507-512
- Schnoll, R. A., Patterson, F., & Lerman, C. (2007). Treating tobacco dependence in women. *Journal of Women's Health*, 16(8), 1211-1218.
- Shafey, O., Eriksen, M. Ross, H. & Mackay, J. (2009). The Tobacco Atlas. Third Edition. Georgia, EEUA. American Cancer Society.

SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del Tabaquismo en México. México: 2012.
Secretaría de Salud Pública.

Siquiera, E., Faibichew, G., de Paula, U. & Arrabal, F. (2011). Women and smoking: Risks, impacts and challenges. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 118-128

Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (2005). Guías Mexicanas para el tratamiento del tabaquismo. Un Consejo Nacional de Expertos. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64(Supl. 2), s84-s112.

Valdés-Salgado R., Lazcano-Ponce E.C., y Hernández-Ávila M. (2005). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Vallejo-Ruiloba, J., y Ballús-Pascual, C. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (No. 159.97: 616.89). España: Masson.

Villena, A., Morena, S., Párraga, I., González, M., Soriano, H. y López, J. (2009). Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Revista clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 320-325 *Recuperado de* <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614509002>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Waters H., Sáenz de Miera B., Ross H. y Reynales-Shigematsu L. M. (2010). La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México. Paris: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

World Health Organization [WHO] (2013). Who report on the global tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, A., Vateheva, K., Pérez, A., Reininger, B., McCormick, J. & Fisher-Hoch, S. (2014). Anxiety, depression and smoking status among adults of Mexican heritage on the Texas-Mexico border. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 36 (3), 316-328.

Zuzulich, M.S., Cabieses, B., Pedrals, N., Contreras, L., Martínez, D., Muñoz, M. et al. (2010). Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Investigación y Educación en Enfermería*,28(2), 232-239.